

**PSYCHOPATHOLOGISCHE SYMPTOME UND
DEMOGRAPHISCHE MERKMALE BEI PATIENTEN MIT
NEUROSEN , PSYCHOGENEN REAKTIONEN ,
PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN UND
SUCHTERKRANKUNGEN**

**(Querschnittsuntersuchung an 767 Patienten der
Psychiatrischen Universitätsklinik München
im Beobachtungszeitraum 1982)**

HUBERT SCHÖPPL

1986

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München

Vorstand:

Professor Dr. H. Hippus

PSYCHOPATHOLOGISCHE SYMPTOME
UND DEMOGRAPHISCHE MERKMALE BEI
PATIENTEN MIT NEUROSEN , PSYCHOGENEN REAKTIONEN ,
PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN UND SUCHTERKRANKUNGEN

(Querschnittsuntersuchung an 767 Patienten der
Psychiatrischen Universitätsklinik München
im Beobachtungszeitraum 1982)

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig - Maximilians - Universität zu München

vorgelegt von
Hubert Schöppl

aus
Amberg

Jahr

1986

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter :	Professor Dr. Hippus
Mitberichterstatter :	Professor Dr. Überla
Mitbetreuung durch den promovierten Mitarbeiter :	Dr. Strauss
Dekan :	Professor Dr. W. Spann
Tag der mündlichen Prüfung :	18.12.1986

Inhaltsverzeichnis

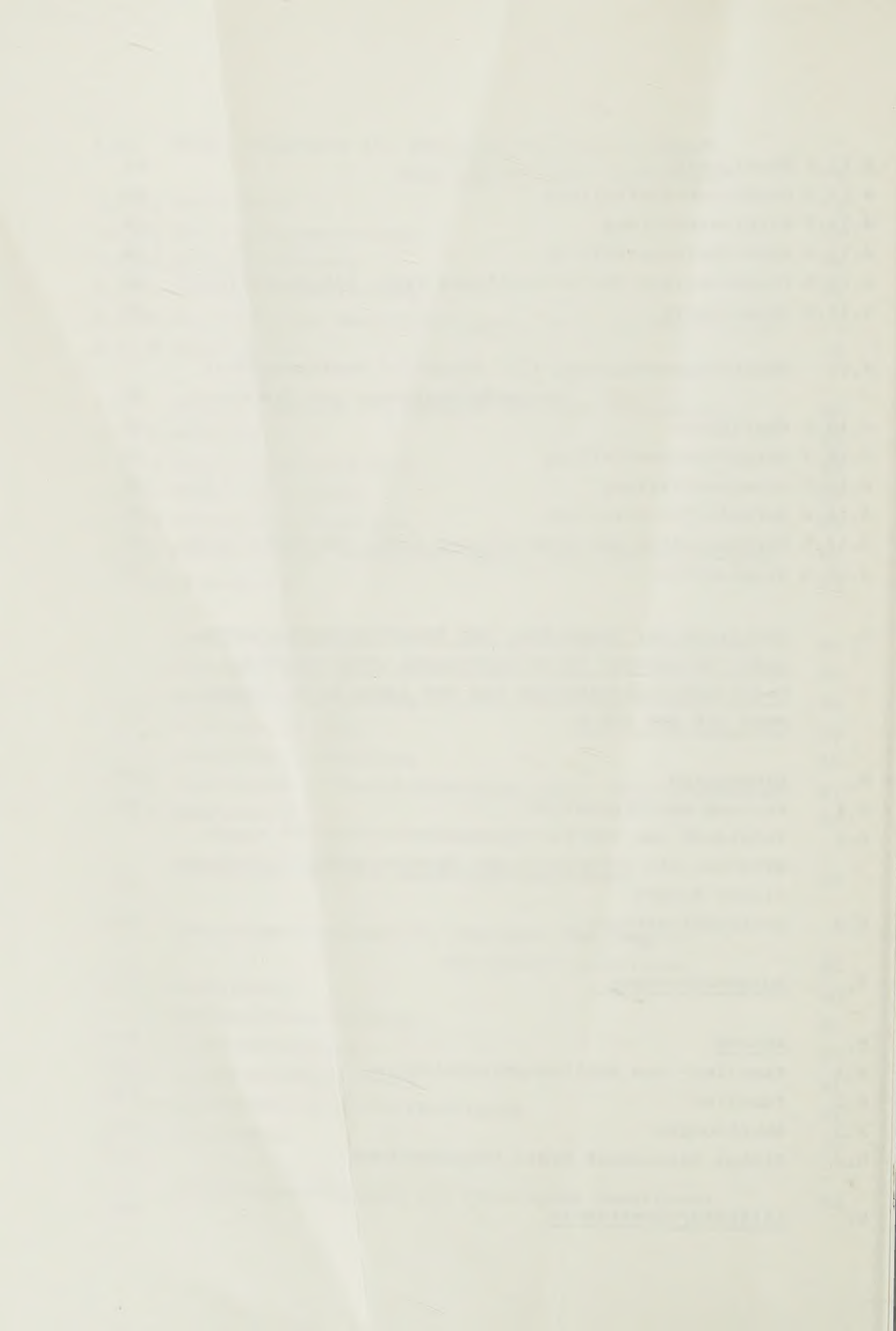
	Seite
1. <u>Einführung</u>	1
1.1 Allgemeine Anmerkungen zur Verwendung deskriptiver Methoden in der psychiatrischen Diagnostik	1
1.2 Das AMDP-System - eine standardisierte psychopathologische Schätzskala	4
1.3 Das AMDP-System als methodisches Hilfsmittel zur Beschreibung der Diagnosen der internationalen Klassifikation psychiatrischer Krankheiten (ICD)	5
1.4 Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-III), ein multiaxiales Klassifikationssystem in der Psychiatrie	6
2. <u>Fragestellung</u>	9
3. <u>Untersuchungsgut und Methodik</u>	10
3.1 Beschreibung des Untersuchungsgutes	10
3.2 Methodik	10
3.2.1 Methodik der Datenerhebung	10
3.2.2 Methodik der Datenausarbeitung	11
4. <u>Ergebnisse</u>	16
4.1 Diagnosengruppe 1: Angstneurosen und Phobien	16
4.1.1 Häufigkeit	16
4.1.2 Geschlechtsverteilung	16
4.1.3 Altersverteilung	16
4.1.4 Aufenthaltsverteilung	17
4.1.5 Psychosoziale Beeinträchtigung (vgl. GAS-Verteilung)	17
4.1.6 Symptomatik	17
4.2 Diagnosengruppe 2: Hysterische Neurosen	22
4.2.1 Häufigkeit	22
4.2.2 Geschlechtsverteilung	22
4.2.3 Altersverteilung	22
4.2.4 Aufenthaltsverteilung	23
4.2.5 Psychosoziale Beeinträchtigung (vgl. GAS-Verteilung)	23

4.2.6	Symptomatik	23
4.3	Diagnosengruppe 3: Zwangsneurosen	27
4.3.1	Häufigkeit	27
4.3.2	Geschlechtsverteilung	27
4.3.3	Altersverteilung	27
4.3.4	Aufenthaltsverteilung	27
4.3.5	Psychosoziale Beeinträchtigung (vgl. GAS-Verteilung)	28
4.3.6	Symptomatik	28
4.4	Diagnosengruppe 4: Hypochondrische Neurosen	31
4.4.1	Häufigkeit	31
4.4.2	Geschlechtsverteilung	31
4.4.3	Altersverteilung	31
4.4.4	Aufenthaltsverteilung	31
4.4.5	Psychosoziale Beeinträchtigung (vgl. GAS-Verteilung)	32
4.4.6	Symptomatik	32
4.5	Diagnosengruppe 5: Übrige Neurosen	36
4.5.1	Häufigkeit	36
4.5.2	Geschlechtsverteilung	36
4.5.3	Altersverteilung	36
4.5.4	Aufenthaltsverteilung	37
4.5.5	Psychosoziale Beeinträchtigung (vgl. GAS-Verteilung)	37
4.5.6	Symptomatik	37
4.6	Diagnosengruppe 6: Neurotische Depression und längere depressive Reaktionen	41
4.6.1	Häufigkeit	41
4.6.2	Geschlechtsverteilung	41
4.6.3	Altersverteilung	41
4.6.4	Aufenthaltsverteilung	42
4.6.5	Psychosoziale Beeinträchtigung (vgl. GAS-Verteilung)	42
4.6.6	Symptomatik	43
4.7	Diagnosengruppe 7: Kurzdauernde depressive Reaktionen	47
4.7.1	Häufigkeit	47

4.7.2	Geschlechtsverteilung	47
4.7.3	Altersverteilung	47
4.7.4	Aufenthaltsverteilung	48
4.7.5	Psychosoziale Beeinträchtigung (vgl. GAS-Verteilung)	48
4.7.6	Symptomatik	49
4.8	Diagnosengruppe 8: Übrige Anpassungsstörungen	53
4.8.1	Häufigkeit	53
4.8.2	Geschlechtsverteilung	53
4.8.3	Altersverteilung	53
4.8.4	Aufenthaltsverteilung	53
4.8.5	Psychosoziale Beeinträchtigung (vgl. GAS-Verteilung)	54
4.8.6	Symptomatik	54
4.9	Diagnosengruppe 9: Persönlichkeitsstörungen	57
4.9.1	Häufigkeit	57
4.9.2	Geschlechtsverteilung	57
4.9.3	Altersverteilung	57
4.9.4	Aufenthaltsverteilung	58
4.9.5	Psychosoziale Beeinträchtigung (vgl. GAS-Verteilung)	58
4.9.6	Symptomatik	58
4.10.	Diagnosengruppe 10: Anorexia nervosa	63
4.10.1	Häufigkeit	63
4.10.2	Geschlechtsverteilung	63
4.10.3	Altersverteilung	63
4.10.4	Aufenthaltsverteilung	63
4.10.5	Psychosoziale Beeinträchtigung (vgl. GAS-Verteilung)	64
4.10.6	Symptomatik	64
4.11	Diagnosengruppe 11: Alkoholismus	68
4.11.1	Häufigkeit	68
4.11.2	Geschlechtsverteilung	68
4.11.3	Altersverteilung	68
4.11.4	Aufenthaltsverteilung	68
4.11.5	Psychosoziale Beeinträchtigung (vgl. GAS-Verteilung)	69
4.11.6	Symptomatik	69

4.12	Diagnosengruppe 12: Medikamenten- und Drogenab- hängigkeit / bzw. -mißbrauch	74
4.12.1	Häufigkeit	74
4.12.2	Geschlechtsverteilung	74
4.12.3	Altersverteilung	74
4.12.4	Aufenthaltsverteilung	75
4.12.5	Psychosoziale Beeinträchtigung (vgl. GAS-Verteilung)	75
4.12.6	Symptomatik	76
4.13	Diagnosengruppe 13: Drogen- und Alkoholpsychosen	80
4.13.1	Häufigkeit	80
4.13.2	Geschlechtsverteilung	80
4.13.3	Altersverteilung	80
4.13.4	Aufenthaltsverteilung	81
4.13.5	Psychosoziale Beeinträchtigung (vgl. GAS-Verteilung)	81
4.13.6	Symptomatik	81
4.14	Übrige Diagnosen	86
4.14.1	Häufigkeit	86
4.14.2	Geschlechtsverteilung	86
4.14.3	Altersverteilung	86
4.14.4	Aufenthaltsverteilung	86
4.14.5	Psychosoziale Beeinträchtigung (vgl. GAS-Verteilung)	87
4.14.6	Symptomatik	87
4.15	Übersicht über die Hauptdiagnosegruppen	88
4.16	Hauptdiagnosengruppe I: Neurosen und längere depressive Reaktionen	90
4.16.1	Häufigkeit	90
4.16.2	Geschlechtsverteilung	90
4.16.3	Altersverteilung	90
4.16.4	Aufenthaltsverteilung	91
4.16.5	Psychosoziale Beeinträchtigung	91
4.16.6	Symptomatik	92
4.17	Hauptdiagnosengruppe II: Psychogene Reaktionen	93

4.17.1 Häufigkeit	93
4.17.2 Geschlechtsverteilung	93
4.17.3 Altersverteilung	93
4.17.4 Aufenthaltsverteilung	94
4.17.5 Psychosoziale Beeinträchtigung (vgl. GAS-Verteilung)	94
4.17.6 Symptomatik	95
4.18 Hauptdiagnosengruppe III: Alkohol-/ Medikamenten-/ Drogenabhängigkeit und Mißbrauch	95
4.18.1 Häufigkeit	95
4.18.2 Geschlechtsverteilung	95
4.18.3 Altersverteilung	95
4.18.4 Aufenthaltsverteilung	96
4.18.5 Psychosoziale Beeinträchtigung (vgl. GAS-Verteilung)	96
4.18.6 Symptomatik	96
5. <u>Vergleich der Diagnosen- und Hauptdiagnosengruppen, unter besonderer Berücksichtigung vergleichbarer Untersuchungsergebnisse aus dem Jahre 1978, basie- rend auf der ICD-8</u>	97
6. <u>Diskussion</u>	141
6.1 Wertung der Ergebnisse	141
6.2 Vergleich von DSM-III-Diagnosekriterien für Angst- syndrome mit entsprechenden Untersuchungsergebnissen dieser Arbeit	147
6.3 Schlußbetrachtung	152
7. <u>Zusammenfassung</u>	153
8. <u>Anhang</u>	168
8.1 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	168
8.2 Tabellen	174
8.3 Abbildungen	274
8.4 Global Assessment Scale (Beschreibung)	339
9. <u>Literaturverzeichnis</u>	341



1. Einführung

1.1 Allgemeine Anmerkungen zur Verwendung deskriptiver Methoden in der psychiatrischen Diagnostik

Im letzten Jahrhundert beschäftigte sich die Psychiatrie ausgiebig mit Konstruktionen umfangreicher Klassifikationssysteme. Man stellte sich eine allumfassende Systematik psychiatrischer Krankheitsbilder vor, vergleichbar Linne's Einteilung von Pflanzen- und Tierwelt (vgl. E. Bleuler, 1916, S.107). Angeregt durch Fortschritte in anderen naturwissenschaftlichen Fächern (nicht zuletzt der somat. Medizin), suchte man nach der "einen und einzigen rationalen Methode, die alles erklärt und verstehen läßt" (Heimann 1979, S.5), um so zu einem System von streng definierten Krankheitseinheiten zu gelangen, eine jede charakterisiert durch eigene Ätiologie, Pathogenese sowie spezifischen Verlauf - wie E. Bleuler 1916 es formulierte, sozusagen eine "natürliche Ordnung der Geisteskrankheiten, mit jeweils strenger Beziehung zwischen ursächlicher Noxe und psychischer Störung". Der Nachweis konkreter Ursachen blieb für die Mehrzahl sog. Seelenstörungen jedoch versagt. Eine befriedigende Auflistung von Krankheitsformen, ausschließlich nach ursächlichen Gesichtspunkten, erscheint, nach Kraepelin 1927, nur auf umgrenztem Gebiet durchführbar. Durch sorgfältige Beobachtung am Krankenbett und Kenntnis der klinischen Krankheitsformen, gilt es, nach und nach, das Wesentliche herauszuschälen, um auf diese Weise zu einer Abgrenzung und Gliederung der zusammengehörigen Beobachtungsreihen zu gelangen. Kraepelin hat somit als erster erkannt, daß Verlaufsuntersuchungen die Basis für die Erforschung psychiatrischer Krankheiten bilden. Gültige Verlaufsuntersuchungen setzen aber voraus, daß psychiatrische Krankheitssymptome mit Hilfe einer systematischen Psychopathologie sorgfältig beschrieben werden. Diese deskriptive Methodologie Kraepelins stieß gleichwohl in der Psychiatrie der Jahrhundertwende, die noch geprägt

war von zeitgenössischen, geistes- und gesellschaftswissenschaftlichen Strömungen, auf nur langsam sinkenden Widerstand.

Vor allem in den letzten Jahrzehnten, nicht zuletzt vor dem Hintergrund einer aufstrebenden Psychopharmakaforschung, suchte man in verstärktem Maße, den nosologischen Einheiten eine empirisch-quantitative Grundlage zu geben: "Die Dokumentation systematisch und standardisiert erfaßter, eindeutiger und therapierelevanter Merkmale ist Voraussetzung einer wissenschaftlichen Effizienz-Kontrolle psychiatrischer Therapie" (Busch, Helmchen 1973, S. 573).

Statistisch-mathematische Analysen klinischer Daten bilden den Ausgangspunkt, um vorhandene Hypothesen, Klassifikationssysteme usw. einer Überprüfung auf deren Validität hin zu unterziehen - man erhält ein operationalisiertes und mit Schätzskaalen erhobenes psychopathologisches Symptombild, das die Basis liefert, für eine "nosologisch indifferente Grundlagenforschung" (Schmitt 1962, S. 38) in der Psychiatrie. Deutliche Kritik an einem solchen Vorgehen erwächst in dem Vorwurf, daß statistische Ergebnisse Gefahr laufen, der Individualität des psychischen Krankheitsgeschehens nicht gerecht werden zu können; daß scheinbar aufgezeigte Korrelationen nur dann Aussagekraft besitzen, "wenn die Grundlage der Zahlen ihrer Genauigkeit entsprechen, wenn das Maß, das die Zahlen ausdrücken, eben genau ist, wie die Zahlen" (Bleuler 1921, o.A.). Das Problem der sog. Unvergleichbarkeit und Variabilität psychopathologischer Einzelphänomene gibt zumindest Anlaß, die Frage nach der Validität quantitativer Ergebnisse in der Psychiatrie immer wieder neu zu stellen (vgl. Heimann 1979, S. 16).

Dennoch eröffnen wohl alleine empirisch-quantitative Untersuchungen an einem größeren Patientenkollektiv, die Möglichkeit einer feiner abgestuften Deskription psychopathologischen Verhaltens und Erlebens, und sind darin der freien Beschreibung überlegen (vgl. Heimann 1979, S. 16). Anhand beschreibender Statistiken lassen sich Übersichten gewinnen und Tendenzen erkennen, ohne den Anspruch erheben zu wollen,

das Ganze einer psychiatrischen Erkrankung zu erfassen. Sie entsprechen damit der Notwendigkeit, durch einheitliche Dokumentationssysteme Verständigungsschwierigkeiten in der psychiatrischen Praxis zu beseitigen, indem sie, unabhängig von nosologischen Unklarheiten, eine Voraussetzung für eine valide diagnostische Klassifikation darstellen.

Vergleiche empirisch erarbeiteter Gesetzmäßigkeiten mit bisher gebräuchlichen Typologisierungen, anhand einzelner, exemplarischer Fälle, stellen dabei, nach Heimann (1979, S. 9), einen "methodologischen Dualismus" dar, in dem auch das Einzelphänomen seine Berücksichtigung findet.

1.2 Das AMDP-System - eine standardisierte psychopathologische Schätzskala

Unter standardisierten Bedingungen erhobene, klinische Daten bilden die Basis der empirischen Forschung in der Psychiatrie. Nach Mombour (1974, S. 134) fällt bei der Durchsicht psychiatrischer Standardwerke, auch der jüngeren Vergangenheit, auf, daß kaum genaue Angaben über Häufigkeiten und Symptomverteilungen existieren.

Das Bestreben, Erfahrungen, bzw. Aussagen einzelner Autoren auf eine, anhand von Schätzskalen gebildete, quantitative Grundlage zu stellen, führte 1965 im deutschsprachigen Raum zur Gründung der "Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie" (= AMP). Es handelt sich dabei um einen Verbund von Arbeitsgruppen deutscher, österreichischer und schweizerischer Kliniken, um eine Vereinheitlichung psychiatrischer Forschung und Diagnostik zu erzielen.

Ausgehend von bisher verwendeten, eigenen Dokumentationssystemen, hat die Arbeitsgemeinschaft ein gemeinsames Instrument geschaffen, mit dem sich anamnestische und psychopathologische Daten einheitlicher dokumentieren lassen. Anhand empirischer Analysen größerer Stichproben, wurde dazu die Itemauswahl für eine psychopathologische Schätzskala getroffen. Alle verwendeten Definitionen orientieren sich an der traditionellen, deskriptiven Psychopathologie gebräuchlicher Lehrbücher. Die Aufschlüsselung von Symptomen im AMDP-System soll keine Beschwerdeliste darstellen, sondern, soweit wie möglich, objektivierbare Befunde erfassen, eingeteilt in die Ausprägungen leicht, mittel und schwer. Es werden nicht nur psychopathologische und somatische Symptome erhoben, sondern auch biographische und sozioökonomische Daten des Patienten berücksichtigt. Regelmäßig stattfindende Symposien sowie mehrere Validitätskontrollen in Form von Interrater-Reabilitätsstudien (vgl. Baumann und Woggon 1979) haben bis zum heutigen Tag eine weitere Verbesserung des Dokumentationssystems, bzw. eine noch bessere Angleichung an die Bedürfnisse der klinischen, psychiatrischen Praxis erbracht.

Auf diesen Arbeiten fußt, unter anderem, auch die 3. Auflage des begleitenden Manuals (vgl. AMP-Manual-Hrsg., 1979), das eine einheitliche Anwendung des Dokumentationssystems erleichtern soll.

Heimann spricht (1979, S. 18) von babylonischer Sprachverwirrung auf dem Gebiet der Psychiatrie, geschaffen durch "unkritische Sprachschöpfungen und Neologismen". Die standardisierte psychopathologische Schätzskala, wie es als deutschsprachiges Beispiel das AMDP-System darstellt, soll helfen, durch eine Herausarbeitung eventuell typischer Symptomverbindungen oder Symptomprofile, "die Genauigkeit der psychiatrischen Begriffsbestimmung zu verbessern" (Angst et al. 1969, S. 402).

1.3 Das AMDP-System als methodisches Hilfsmittel zur Beschreibung von Diagnosen der internationalen Klassifikation der psychiatrischen Krankheiten (ICD)

Bei der ICD handelt es sich um eine statistische Klassifikation von Informationen zur Morbidität und Mortalität aller Arten von Erkrankungen, die in etwa 10-jährigem Abstand regelmäßigen Revisionen unterliegt.

Ein eigener Abschnitt, in Form des Kapitels V, ist seit 1948, als Ergebnis der 6. Revision (ICD-6), der Klassifikation psychiatrischer Erkrankungen gewidmet. Aufgrund allgemeiner Unzufriedenheit mit dem Inhalt, bzw. mit der Zweckmäßigkeit dieses Abschnittes, brachten eine 8. Revision 1965 sowie zuletzt die 9. Revision 1975 auf der Grundlage zahlreicher, internationaler Seminare, entscheidende Verbesserungen. Es entstand damit eine neue Konzeption, die dem Programm der WHO zur weltweiten Standardisierung von Terminologie, Diagnosefindung und Klassifikation in der Psychiatrie entspricht. Ein, in der 9. Revision (ICD-9) speziell für das psychiatrische Kapitel erarbeitetes Glossar (Degkwitz et al. 1979) soll bei der Handhabung dieser Klassifikation helfen, bzw. gegensätzliche Konzepte in der psychiatrischen Praxis auf einen

gemeinsamen Nenner bringen. Die im Kapitel V der ICD, anhand 3- und 4-stelliger Nummern, verschlüsselten Diagnosekategorien stellen dabei Kompromisse dar, die nur internationaler Verständigung und einer einheitlichen Dokumentation dienen sollen.

Mit wenigen Ausnahmen (z.B. organische Psychosen, Alkoholpsychosen u. a.) ist man in der Psychiatrie, im Gegensatz zu anderen Bereichen der Medizin, auch heute noch nicht in der Lage, Krankheitsgruppen unter rein nosologischen Kriterien zu kategorisieren (vgl. Seite 1). Die ICD-Klassifikation wird dieser Tatsache dadurch gerecht, daß die gebildeten Diagnoseeinheiten überwiegend unter deskriptiven Gesichtspunkten erstellt werden. Durch den Vergleich psychopathologischer Querschnittsbefunde mit jeweils unterschiedlichen Akzentuierungen gewisser Symptomgruppierungen, werden schließlich innerhalb der ICD die Diagnosen einander gegenübergestellt. Vor diesem Hintergrund ist ein Dokumentationssystem, wie es das AMDP-System darstellt, geeignet, durch das Erstellen charakteristischer Häufigkeitsverteilungen von Symptomen - im Idealfall Symptomprofilen - die Validität eines solchen Klassifikationsschemas zu untersuchen.

Deskriptive, psychopathologische Untersuchungen haben es sich damit zum Ziel gesetzt, ausgehend von ICD-Diagnosen, diese auf eine empirische Basis zu stellen, um gegebenenfalls Verbesserungsvorschläge für zukünftige Revisionen des Kapitels V der ICD zu schaffen.

1.4 Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-III), ein multiaxiales Klassifikationssystem in der Psychiatrie

Mit Hilfe der von der WHO entwickelten ICD-9 ist es gelungen, international vergleichbare Statistiken über psychiatrische Krankheiten vorzulegen sowie psychiatrische Diagnosen international einheitlich zu verwenden. Indem man deskriptive Kriterien bei der Diagnoseklassifikation zum Maßstab nahm,

schuf man ein Instrumentarium, um den Austausch von Informationen besser zu handhaben.

Parallel entstand, im letzten Jahrzehnt, in den Vereinigten Staaten ein alternatives, diagnostisches Klassifikationssystem. Unter dem Eindruck immer noch fehlender, objektivierbarer Verfahren für die Diagnosefindung, suchten amerikanische Arbeitsgruppen nach Möglichkeiten, diese anhand "operationaler Prinzipien" (Köhler, Sass 1984, S. X) zu standardisieren. Sie forderten eine verbesserte Reliabilität der Diagnosen, als erste Voraussetzung einer gültigen Klassifikation. Diagnostische Kriterien werden gefordert, als Mittel, um "präzise festzulegen, welche Kombinationen von Symptomen oder anderen klinischen Merkmalen als ausreichend zur Begründung einer in Frage stehenden Diagnose gelten, d.h. also, welche zwingend eingeschlossen und welche ausgeschlossen sind" (Köhler, Sass 1984, S. X).

Die Autoren dieses neuen Systems sehen darin eine radikale Änderung zu Lehrbuchdarstellungen, aber auch zu Glossaren wie dem der ICD, in denen "zahlreiche idealtypische Symptome und Merkmale jedes Syndroms" geschildert werden, "ohne daß dann die erwähnte Spezifizierung vorgenommen wird" (Köhler, Sass 1984, S. X).

Ergebnis dieser Kritik ist letztlich das, von der American Psychiatric Association (APA) vorgelegte, Klassifikationssystem "DSM-III". Es umfaßt 200, scharf definierte, diagnostische Kategorien, unter besonderer Berücksichtigung eines multiaxialen Klassifikationsansatzes.

Die Aufsplitterung in 5 diagnostische Achsen stellt dabei, nach Meinung der Autoren, ein optimales Verfahren dar und erlaubt auch die Berücksichtigung einer "multifaktoriellen Syndromgenese" (Hippius 1979, S. 86) eines psychiatrischen Krankheitsbildes. Gleichzeitig will man der, eingangs erwähnten, Kritik an empirischen Verfahren in der Psychiatrie, hinsichtlich der Vernachlässigung der Individualität eines psychischen Krankheitsbildes, den Boden entziehen.

Anliegen der DSM-III-Verfechter ist somit, anhand multiaxialer, streng definierter Ein- und Ausschlusskriterien, zu einem

neuen System valider Krankheitskategorien zu gelangen. Ein Vergleich dieses, in den USA jetzt offiziellen, Klassifikationssystems mit dem ICD-9-System bietet sich unmittelbar an.

Da das deskriptive Einteilungsprinzip des Kapitels V der ICD-9 traditionelle Definitionen der klassischen Psychopathologie berücksichtigt, können Dokumentationssysteme wie die AMDP-Schätzskala genutzt werden, um gleichsam retrograd vorgegebene Kategorien, bzw. Diagnosen auf deren Anwendbarkeit zu überprüfen.

Einen anderen Weg geht das DSM-III. Dort werden unbestimmte Ausdrücke, wie Psychose oder Neurose, nosologisch indifferent verwendet, bzw. nur durch spezifische Symptomgruppierungen erklärt, um damit eine reproduzierbare "diagnostische Präzision" (Köhler, Sass 1984, S. XIV) zu erreichen.

Welches der beiden diagnostischen Klassifikationssysteme, auf dem Weg zu mehr Rationalität in der Psychiatrie, die Methode der Zukunft sein wird, ist ein kontroverses Thema, das an dieser Stelle nicht weiter verfolgt werden soll. Mit Sicherheit jedoch bietet das neue DSM-III-System in der Zukunft neue, fruchtbare Vergleichsaspekte für Untersuchungen auf der Grundlage der ICD-9-Einteilung.

2. Fragestellung

Berücksichtigt man in einem psychiatrischen Krankheitsbild die 3 Klassifikationsebenen Symptom, Syndrom und Diagnose (vgl. Baumann, Woggon 1979, S.3), erscheint uns die Frage nach dem Zusammenhang zwischen empirisch erarbeiteten Symptomprofilen und den Diagnosen einer Klassifikation wichtig. Mit anderen Worten - wir versuchen mit Daten, die anhand der AMDP-Schätzskaala für psychopathologische und somatische Befunde erhoben wurden, folgenden Fragen nachzugehen:

1. Inwieweit lassen sich auf der Grundlage der ICD-9 gebildete Diagnosengruppen, anhand spezifischer Symptomprofile, unterscheiden? Können wir die Diagnosen mit ihrer Hilfe bestätigen?
2. Welche Verbesserungen brachte die 9. Revision des Kapitels V für psychiatrische Erkrankungen? Ein kurzer Vergleich mit einer früheren Untersuchung, basierend auf der ICD-8, soll Gegenstand der Beantwortung dieser Frage sein.
3. Welche Parallelen - oder Unterschiede - lassen sich zwischen Diagnosekriterien des DSM-III und den, in dieser Arbeit erhobenen, Symptomkonstellationen von ICD-9-Diagnosengruppen aufzeigen? Gibt es einen gemeinsamen Merkmalsnenner? Als Vergleichsgrundlage soll die DSM-III-Beschreibung der Angstsyndrome dienen.

Darüberhinaus sollen die Ergebnisse dieser Arbeit einem Vergleich mit anderen psychopathologischen Querschnittsuntersuchungen, ausgehend von der ICD-9, dienen. Sie steht damit im Kontext einer Reihe ähnlicher Arbeiten (vgl. Ditz 1983), die notwendig erscheinen, um aktuellen und neuen Klassifikationssystemen einen empirischen Feedback zu geben.

3. Untersuchungsgut und Methodik

3.1 Untersuchungsgut

Die Analysenstichprobe von 767 Patienten, deren Daten Gegenstand dieser Untersuchung sind, rekrutiert sich aus Patienten der Psychiatrischen Klinik der Universität München, deren Aufnahme- und Entlassungsbefund routinemäßig mit Hilfe des AMDP-Systems (vgl. oben) erfasst wurde und die dabei folgende Kriterien erfüllen:

- Stationäre Aufnahme im Jahre 1982 (insgesamt 1973 Patienten);
- Zugehörigkeit der Entlassungsdiagnose, die mit Hilfe des Diagnoseschlüssels und Glossars psychiatrischer Erkrankungen (ICD 9. Revision, vgl. Degkwitz et al., 1979) erstellt wurden, zu folgenden ICD- Kategorien:

291. ; 292. ; 300.0 - 309.9; 311 - 316;

- Stationäre Verweildauer länger als ein Tag;

Keine Berücksichtigung fanden, aus symptomrelevanten Gründen, Patienten mit der Diagnose Alkoholabhängigkeit (ICD-Nr. 303), die planmäßig zu einer 6-wöchigen Entwöhnungstherapie wieder aufgenommen wurden (=51 Patienten).

3.2. Methodik

3.2.1 Methodik der Datenerhebung

Die Daten unserer Untersuchung wurden mit Hilfe des AMDP-Systems (vgl. AMDP, 1979) erhoben. Verwendung fand dabei der, zuletzt 1981 überarbeitete, Dokumentationsbogen.

An Informationen verschlüsselt werden neben demographischen und anamnestischen Daten, Angaben zum psychischen und somatischen Befund sowie der Grad der psychosozialen Beeinträchtigung (PSB), welcher bei Aufnahme und Entlassung anhand der GLOBAL-ASSESSMENT-SCALE (vgl. Spitzer et al., 1976) skaliert wird (Skala 1-100; siehe GAS-Beschreibung im Anhang, S. 339 f.)

Gegenstand der Symptombetrachtung in dieser Arbeit sind die Items 1-100, die den psychischen Befund bei Aufnahme be-

schreiben sowie 42 somatische Items, welche sich auf neurovegetative Störungen beziehen. Die Bezeichnungen der Items (bzw. Symptome) sind dabei in psychopathologischer Fachterminologie formuliert und zu sog. Teilfunktionen geordnet (wie z.B. Orientierungsstörungen oder Formale Denkstörungen). Anhand der Urteilskategorien 1= leicht, 2= mittel, 3= schwer, wird vom Untersucher gleichzeitig der Ausprägungsgrad des beobachteten Symptoms verschlüsselt und damit einer statist. Auswertung zugänglich gemacht. Bei der Beurteilung nicht vorhanden erfolgt keine Eintragung.

Die Auswertung unserer Daten erfolgte, nach manueller Eingabe, auf der EDV-Anlage der Psychiatrischen Klinik der Universität München.

3.2.2. Methodik der Datenausarbeitung

Unter Berücksichtigung der oben erläuterten Einschlusskriterien ordnen wir, ausgehend von 3- und 4-stelligen Nummern des ICD-9, die vorhandenen Diagnosekategorien unter nosologischen und psychopathologischen Gesichtspunkten in 13 Diagnosegruppen. Auf diese Weise erhalten wir eine Einteilung wie folgt:

Die Neurosen teilen sich auf in die Diagnosegruppen "Angstneurosen und Phobien" (ICD-Nr. 300.0, 300.2), "hysterische Neurosen" (ICD-Nr. 300.1), "Zwangsneurosen" (ICD-Nr. 300.3), "hypochondrische Neurosen" (ICD-Nr. 300.7) sowie in die Gruppe "Übrige Neurosen" (ICD-Nr. 300.5, 6, 8, 9).

Aufgrund nosologischer Differenzierungsschwierigkeiten wird die 4-stellige ICD-Kategorie neurotische Depression (ICD-Nr. 300.4) mit der ICD-Kategorie längere depressive Reaktionen (ICD-Nr. 309.1.) zu der Diagnosegruppe "neurotische Depression und längere depressive Reaktionen" zusammengefasst. Die verbliebenen ICD-Kategorien für psychogene Reaktionen teilen wir in die Diagnosegruppen "kurze depressive Reaktionen" sowie in die Gruppe "Übrige Anpassungsstörungen" ein.

Eine eigene Gruppe "Persönlichkeitsstörungen" bilden die 4-stelligen Kategorien der Persönlichkeitsstörungen (ICD-Nr. 301.0-9); Die Krankheitskategorie "Anorexia nervosa" (ICD-Nr. 307.1) wird durch die Diagnose "andere EBstörungen" (ICD-Nr. 307.5) zur gleichnamigen Diagnosengruppe ergänzt.

Im Rahmen der Krankheitsbilder der Suchterkrankungen fassen wir, ebenfalls aus nosologischen Erwägungen, Alkoholabhängigkeit (ICD-Nr. 303) und Alkoholmißbrauch (ICD-Nr. 305.0) zur Diagnosengruppe "Alkoholismus" zusammen. Die Kategorien "Drogen-u. Medikamentenmißbrauch ohne Abhängigkeit" (ICD-Nr. 305.1-9) sowie "Medikamenten-/Drogenabhängigkeit" (ICD-Nr. 304.1-9) ergeben die Diagnosengruppe "Alkohol- und Drogenabhängigkeit-/bzw. mißbrauch". Eine letzte Diagnosengruppe "Alkohol-bzw. Drogenpsychosen" rekrutiert sich aus den ICD-Kategorien Alkoholpsychosen (ICD-Nr. 291.0-9) und denen für Drogenpsychosen (ICD-Nr. 292.0,1,2,8,9).

Diejenigen ICD-Kategorien, deren Anteil geringer als 1% des untersuchten Patientenguts von 767 ist, werden unter dem Begriff "Übrige Diagnosen" (ICD-Nr. 302, 306, 307.0, 2-4, 6-9, 308 u. 311.-316.) subsummiert (= 28 Patienten).

Aus den 13 Diagnosengruppen werden schließlich 3 weitere Hauptgruppen gebildet, um diese ihrerseits zu einem Vergleich mit den Einzelgruppen heranziehen zu können.

Übersicht über die Diagnosengruppen (vgl. Tab. 1)

Diagnosengruppe 1: Angstneurosen und Phobien (N = 27)
ICD-Nr. 300.0; 300.2

Diagnosengruppe 2: Hysterische Neurosen (N = 28)
ICD-Nr. 300.1

Diagnosengruppe 3: Zwangsneurosen (N = 8)
ICD-Nr. 300.3

Diagnosengruppe 4: Hypochondrische Neurosen (N = 20)
ICD-Nr. 300.7

Diagnosengruppe 5: Übrige Neurosen (N = 18)
ICD-Nr. 300.5; 300.6; 300.8; 300.9

Diagnosengruppe 6: Neurotische Depression u. längere depressive Reaktionen (N = 100)
ICD-Nr. 300.4; 309.1

Diagnosengruppe 7: Kurzdauernde depressive Reaktionen
(N = 81)
ICD-Nr. 309.0

Diagnosengruppe 8: Übrige Anpassungsstörungen (N = 12)
ICD-Nr. 309.2; 309.3; 309.4; 309.8; 309.9

Diagnosengruppe 9: Persönlichkeitsstörungen (N = 75)
ICD-Nr. 301.0 - 9

Diagnosengruppe 10: Anorexia nervosa (N = 16)
ICD-Nr. 307.1; 307.5

Diagnosengruppe 11: Alkoholismus (N = 235)
ICD-Nr. 303; 305.0

Diagnosengruppe 12: Medikamenten- und Drogenabhängigkeit
/ bzw. -mißbrauch (N = 55)

ICD-Nr. 304.0 - 9; 305.1 - 9

Diagnosengruppe 13: Drogen- und Alkoholpsychosen
 (N = 64)

ICD-Nr. 291.1 - 5; 291.8; 291.9; 292.0; 292.1; 292.2; 292.8;
 292.9

Übrige Neurosen: (Anteil von jeweils weniger als 1% an
 der Analysenstichprobe)

ICD-Nr. 302; 306; 307.0; 307.2; 307.3; 307.4; 307.6 - 9; 308;
 311; 312; 313; 314; 315; 316

Maßgeblich für die Einteilung in die Diagnosengruppen sind
 lediglich die, nach der ICD-9-Klassifikation verschlüsselten,
 Hauptdiagnosen.

Die dreizehn Diagnosengruppen fassen wir unter nosologischen
 Gesichtspunkten teilweise zu drei Hauptdiagnosengruppen
 zusammen (vgl. Tab. 2):

Hauptdiagnosengruppe I: Neurosen und längere depressive
Reaktionen (N = 201)

- Diagnosengruppe 1: Angstneurosen und Phobien
- Diagnosengruppe 2: Hysterische Neurosen
- Diagnosengruppe 3: Zwangsneurosen
- Diagnosengruppe 4: Hypochondrische Neurosen
- Diagnosengruppe 5: Übrige Neurosen
- Diagnosengruppe 6: Neurotische Depression u. längere depr.
 Reaktionen

Hauptdiagnosengruppe II: Psychogene Reaktionen (N = 100)

- Diagnosengruppe 7: Kurzdauernde depressive Reaktionen
- Diagnosengruppe 8: Übrige Anpassungsstörungen (incl. ICD-Nr.
 308)

Hauptdiagnosengruppe III: Alkohol-/ Medikamenten-/ Drogen-
abhängigkeit und Mißbrauch (N = 290)

Diagnosengruppe 11: Alkoholismus

Diagnosengruppe 12: Medikamenten- und Drogenabhängigkeit/-
bzw. -mißbrauch

Nach Auswertung der mit Hilfe des AMDP-Systems (vgl. oben) erhobenen Daten sind wir in der Lage, für jede Diagnosen- bzw. Hauptdiagnosengruppe prozentuale Angaben zu machen, bezüglich Häufigkeiten und Ausprägungsgraden einzelner Symptome bei Klinikaufnahme; außerdem geben wir Auskunft über die durchschnittliche Aufenthaltsdauer sowie Geschlechts- und Altersverteilung (letztere gesamt und getrennt nach Geschlecht).

Weiterhin beschreiben wir in quantitativer Form das jeweilige Ausmaß der psychosozialen Beeinträchtigung (=PSB) für die Patienten der einzelnen Diagnosengruppen. Hierbei wird die "niedrigste Stufe der psychischen und sozialen Leistungsfähigkeit des Patienten in der letzten Woche" (Spitzer et al., 1976) durch die bereits erwähnte GLOBAL-ASSESSMENT-SCALE operationalisiert und einer empirischen Betrachtung zugänglich gemacht. Anhand vergleichender Darstellungen der durchschnittlichen psychosozialen Beeinträchtigung (PSB) bei Aufnahme und Entlassung machen wir darüber hinaus Aussagen über den Therapieerfolg einer jeden Patientengruppe.

Alle erhobenen Daten werden anhand Beschreibungen im Ergebnisteil sowie umfangreicher Tabellen und Abbildungen ausführlich erläutert.

Ein weiterer Abschnitt des Ergebnisteils ist schließlich einer vergleichenden Betrachtung gewidmet. Ebenfalls in Form von Beschreibungen und Tabellen (vgl. Anhang) werden sowohl prozentuale Häufigkeiten der Symptome als auch Durchschnittsalter, Geschlechterrelationen, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer und die durchschnittliche psychosoziale Beeinträchtigung in direkten Vergleich gesetzt.

4. Ergebnisse

4.1 Diagnosengruppe 1: Angstneurosen und Phobien

4.1.1 Häufigkeit (Tab.1)

Im Untersuchungszeitraum 1982 kamen 27 Patienten mit den Diagnosen Angstneurosen oder Phobien zur stationären Aufnahme; davon 25 Angstneurosen und 2 Phobien. Deren Anteil an der gesamten Klinikpopulation beträgt damit 1,4%. In der Gesamtstichprobe dieser Arbeit beträgt ihr Anteil 3,5%. Innerhalb der Hauptgruppe "Neurosen und längere depressive Reaktionen" sind es 13,4%.

4.1.2 Geschlechtsverteilung (Abb.2, Tab.3)

Die Diagnose Angstneurosen oder Phobien wurde 11 mal bei Männern (41%) sowie in 16 Fällen bei Frauen (59%) gestellt. Das Verhältnis Männer zu Frauen beträgt demnach 1 : 1,5; Frauen sind hier, im Vergleich zur Hauptgruppe I, "Neurosen und längere depressive Reaktionen" ($m : f = 1 : 1,1$), stärker vertreten.

4.1.3 Altersverteilung (Abb.1, Abb.2, Tab.4)

Die Altersverteilung der Patienten der Diagnosengruppe "Angstneurosen und Phobien" erstreckt sich vom 20. bis zum 65. Lebensjahr. Die Verteilungskurve zeigt einen Häufigkeitsgipfel zwischen 30 und 35 Jahren (26%). Die Mehrzahl der Patienten (63%) ist zwischen 20 und 35 Jahren alt, bei einem Durchschnittsalter der Gruppe von 35,2 Jahren.

Trennt man die Altersverteilung nach Geschlecht auf, so ergibt die Kurve der Männer einen Verteilungsgipfel zwischen dem 30. und 35. Lebensjahr (Durchschnittsalter 36,2 Jahre), wohingegen die Frauen, mit einem Durchschnitt von 34,6 Jahren, ihr Häufigkeitsmaximum zwischen dem 25. und 30. Lebensjahr erreichen. Verglichen mit der Hauptgruppe I, "Neurosen und längere depressive Reaktionen" (Durchschnittsalter 37,6 Jahre), sind die Patienten im Schnitt um 2,5 Jahre jünger.

4.1.4 Aufenthaltsdauer (Abb.3, Tab.5)

Die Aufenthaltsdauer in dieser Diagnosengruppe variiert zwischen einer und vierzehn Wochen. Die Mehrzahl der Patienten (56%) wurde nach drei Wochen entlassen, wohingegen auf den Zeitraum der 13. und 14. Woche nur jeweils ein Patient entfällt.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 27,5 Tage, wobei der Durchschnittswert der Männer, mit 20,0 Tagen, deutlich kleiner als der der Frauen, mit 32,6 Tagen, ausfällt. Der Durchschnittswert der Gruppe (27,5 Tage) weicht nur unwesentlich von dem der Hauptdiagnosengruppe I (26,5 Tage) ab.

4.1.5 Psychosoziale Beeinträchtigung (vgl. GAS-Verteilung Abb.4, Tab.6)

Die PSB-Werte bewegen sich bei Aufnahme zwischen 31 und 70 Punkten. Bei einem durchschnittlichen Aufnahmewert von 50,6 Punkten liegt die deutliche Mehrheit der Patienten (74%) zwischen 41 und 60 Punkten und erreicht dabei einen Verteilungsgipfel zwischen 51 und 60 Punkten.

Nach Entlassung der Patienten zeigt sich ein breites Verteilungsmaximum zwischen 51 und 80 Bewertungspunkten, bei einem durchschnittlichen Entlassungswert von 60,2.

Die durchschnittliche Verbesserung der psychosozialen Beeinträchtigung beläuft sich somit auf 13,6 Bewertungsstufen, wobei die Mehrheit der Patienten (59%) eine Verbesserung zwischen 11 und 30 Punkten erzielt. Sie ist fast identisch mit der Verbesserung in der Hauptdiagnosengruppe I (13,4 Punkte) und nimmt im Vergleich der 13 Diagnosengruppen einen Mittelrang ein.

4.1.6 Symptomatik (Tab.8, Tab.22)

a) Psychischer Befund

Bewußtseins- u. Orientierungsstörungen sind bei den 27 Patienten der Diagnosengruppe "Angstneurosen und Phobien" nicht zu beobachten.

Aufmerksamkeits- u. Gedächtnisstörungen treten fast ausnahmslos in leichter Ausprägung auf. Sie unterscheiden sich darin geringfügig von der Hauptgruppe "Neurosen und längere depressive Reaktionen", die hier Symptome meist mittlerer Ausprägung aufweist. Am häufigsten beobachten wir Konzentrationsstörungen (18%), gefolgt von Merkfähigkeitsstörungen (11%); Auffassungsstörungen (7%) und Gedächtnisstörungen (4%) kommen, ähnlich der Hauptdiagnosengruppe I, seltener vor.

Formale Denkstörungen sehen wir, zu gleichen Teilen, in leichter und mittlerer Ausprägung. Weitaus am häufigsten verzeichnen wir, in 26% der Fälle, das Merkmal eingeengt, gefolgt von den Symptomen umständlich und Grübeln (jeweils 11%). Alle anderen Symptome treten, in durchschnittlich 5% der Fälle, seltener auf; das Symptommuster entspricht dabei in etwa dem der Hauptgruppe I, mit dem Unterschied, daß Grübeln (24%) dort etwas häufiger nachweisbar ist.

Bei den **Befürchtungen u. Zwängen** stehen die Symptomen. wahn. Hypochondrie (41%) sowie Phobien (37%), in meist mittlerer bis schwerer Ausprägung, eindeutig im Vordergrund. Andere Symptome wie Mißtrauen und Zwangsgedanken (jeweils 11%), gefolgt von Zwangshandlungen (7%) und Zwangsimpulsen (4%), treten seltener, in meist leichter Ausprägung, auf. Phobien zeigen damit, wie zu erwarten war, mit 37%, den höchsten Prozentsatz aller Diagnosengruppen; sie sind deutlich stärker vertreten als in der Hauptgruppe I (9%).

Wahnsymptomatik beobachten wir in keinem der Fälle.

Sinnestäuschungen sind ebenfalls sehr selten; wir sehen nur in einem Fall Illusionen leichter Ausprägung.

Ich - Störungen treten nicht auf.

Störung der Affektivität stehen, ähnlich den meisten anderen Diagnosengruppen, deutlich im Vordergrund. Die Aus-

prägung ist, ähnlich wie in der Hauptgruppe I, überwiegend leicht bis mittel, seltener schwer. Lediglich das Symptom Ängstlichkeit (85% der Fälle) zeigt, zu einem relativ hohen Prozentsatz, schwere Ausprägungen. Es liegt in der Häufigkeit auch deutlich über den Werten der Hauptdiagnosengruppe I (47%). Mit 78% stellen wir das Symptom deprimiert ebenfalls sehr häufig fest.

Recht häufig beobachten wir darüber hinaus die Merkmale Innere Unruhe (41%), klagsam/jammerig (41%), aber auch Hoffnungslosigkeit (37%). Störungen der Vitalgefühle sowie Insuffizienzgefühle erkennen wir in jeweils 30% der Fälle; 22% der Patienten sind ambivalent, jeweils 15% erscheinen ratlos bzw. affektarm. Bei 11% sehen wir das Symptom affektlabil; alle übrigen Affektstörungen sind selten. Mit Ausnahme des hier sehr häufigen Symptoms ängstlich, deckt sich das beschriebene Profil der Affektstörungen im Übrigen weitgehend mit dem der Hauptgruppe I.

Antriebs- und psychomotorische Störungen: Mit einer Häufigkeit von 33% ist das Symptom Antriebsarmut, auch im Vergleich zu allen anderen Diagnosengruppen, am stärksten vertreten; ansonsten sehen wir motorische Unruhe bei 30% der Patienten, in einem Fall in schwerer Ausprägung. Gesteigerten Antrieb sowie Theatralik beobachten wir in jeweils 15% der Fälle; seltener sind die Patienten antriebsgehemmt (11%) oder logorrhöisch (11%).

Alle genannten Störungen treten, meist zu gleichen Teilen, in leichter bis mittlerer Ausprägung auf. Mit Ausnahme der häufigeren motorischen Unruhe, entspricht das Symptomverteilungsmuster dem der Hauptgruppe I.

Circadiane Besonderheiten sind selten, in leichter und mittlerer Ausprägung.

Andere psychische Störungen sehen wir in allen Schweregraden. Die Mehrheit der Patienten zeigt sozialen Rückzug (48%), fast zur Hälfte in mittlerer und schwerer Ausprägung. Das Symptom ist etwas häufiger zu sehen als in der Hauptgruppe "Neurosen

und längere depressive Reaktionen" (32%). Suizidalität beobachten wir in 11% der Fälle, dabei ausschließlich in leichter Ausprägung. Es ist damit deutlich seltener als in der Hauptgruppe I (28%). Andere Beschwerden sind Mangel an Krankheitsgefühl (11%), Aggressivität (7%) sowie soziale Umtriebigkeit (4%). 4% der Patienten lehnen die Behandlung ab.

b) Somatischer Befund

Schlaf- und Vigilanzstörungen zeigen die Patienten überwiegend in mittlerer und leichter, seltener in schwerer Ausprägung. Sie klagen dabei, wie auch in der Hauptgruppe I, über Durchschlafstörungen (44%) und Einschlafstörungen (41%). Häufiger bemerken wir zudem Verkürzung der Schlafdauer (30%) sowie Früherwachen (15%). Das Symptom Müdigkeit ist auf Einzelfälle beschränkt.

Unter den Appetenzstörungen sehen wir, vorwiegend mittelstarke, Appetitverminderung (44%); ansonsten beobachten wir, in 11% der Fälle, mittel bis stark reduzierte Sexualität. 4% der Patienten klagen über verstärkten Durst.

Gastro - intestinale Störungen sind selten. Bei 19% der Patienten finden sich mittelstarke Magenbeschwerden.

Zahlreiche kardio - respiratorische Störungen, überwiegend in leichter bis mittlerer Ausprägung, sieht man am häufigsten in Form von Herzklopfen (30%); Schwindel beobachten wir in 26% der Fälle, gefolgt von Herzdruck (22%) sowie Atembeschwerden, in 19% der Fälle. Fast alle Störungen kommen doppelt so häufig vor wie in der Hauptdiagnosengruppe "Neurosen und längere depressive Reaktionen".

Unter den anderen vegetativen Störungen erkennen wir vermehrtes Schwitzen (26%), in leichter und mittlerer Form, zu einem größeren Prozentsatz als in der Hauptgruppe.

An weiteren Störungen findet sich schließlich Kopfdruck bei, 30% der Patienten (ein ähnlich hoher Prozentsatz ergibt sich in der Hauptgruppe I), Hitzegefühl (11%) sowie Rückenbeschwerden, in 7% der Fälle.

Neurologische Störungen treten in Form von mittelschwerem Tremor bzw. Seitendifferenzen, in jeweils 4% der Fälle, auf.

4.2 Diagnosengruppe 2: Hysterische Neurosen

4.2.1 Häufigkeit (Tab.1)

Im Jahre 1982 kamen an der Psychiatrischen Universitätsklinik München 28 Patienten mit der Diagnose hysterische Neurose zur stationären Aufnahme. Deren Anteil an der Klinikpopulation des Jahres 1982 beträgt 1,4%. Innerhalb der Gesamtstichprobe dieser Arbeit sind es 3,7%.

Der Anteil der hysterischen Neurosen im Rahmen der Hauptdiagnosengruppe I, "Neurosen u. längere depressive Reaktionen", beträgt 13,9%.

4.2.2 Geschlechtsverteilung (Abb.6, Tab.3)

Die Diagnosengruppe "hysterische Neurosen" teilt sich auf in 36% Männer und 64% Frauen. Das Verhältnis Männer zu Frauen beträgt demnach 1 : 1,8. Verglichen mit den anderen Diagnosengruppen (ausgenommen die Gruppe "Anorexia nervosa") ist das weibliche Geschlecht hier am stärksten vertreten.

4.2.3 Altersverteilung (Abb. 5, Abb.6, Tab.4)

Die Patienten dieser Diagnosengruppe sind, bei einem Durchschnittsalter von 40,3 Jahren, zwischen 20 und 64 Jahren alt. Die Altersverteilungskurve zeigt hier einen nahezu doppelgipfeligen Verlauf, mit Häufigkeitsmaxima zwischen 40 und 44 Jahren sowie zwischen 50 und 54 Jahren. Insgesamt sind 57% der Patienten 40 Jahre und älter.

In Abhängigkeit vom Geschlecht beläuft sich das Durchschnittsalter der Männer auf 36,4 Jahre, wobei 70% der Männer jünger als 40 Jahre sind.

Die Frauen weisen ein deutlich höheres durchschnittliches Alter von 42,5 Jahren auf. 67% der Frauen liegen dabei in dem Bereich zwischen 40 und 64 Jahren.

Mit einem Gruppendurchschnitt von 40,3 Jahren stellen die "hysterischen Neurosen" das zweithöchste Durchschnittsalter aller 13 Diagnosengruppen. Verglichen mit der Hauptgruppe I (Durchschnitt 37,6 Jahre), sind die Patienten im Schnitt um 2,7 Jahre jünger.

4.2.4 Aufenthaltsverteilung (Abb.7, Tab.5)

Der Aufenthalt variiert zwischen 1 und 11 Wochen, bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 25,6 Tagen. 57% der Patienten wurden bereits nach einem Zeitraum von 3 Wochen und weniger entlassen; nur ein einziger Patient blieb länger als 9 Wochen in stationärer Behandlung.

Der mittlere Aufenthalt von 25,6 Tagen entspricht in etwa dem der Hauptgruppe "Neurosen und längere depressive Reaktionen" (26,7 Tage).

4.2.5 Psychosoziale Beeinträchtigung (Vgl. GAS-Verteilung Abb.8, Tab.6)

Bei einem durchschnittlichen Aufnahmewert von 53,2 Bewertungspunkten erkennen wir ein Verteilungsmuster zwischen 40 und 80 Punkten. Dabei bleiben 71% der Patienten unter 61 Punkten; 7% erreichen einen Aufnahmewert von mehr als 70 Punkten.

Nach Entlassung verbuchen wir einen Durchschnittswert von 64,9 Skalenpunkten; 71% der Patienten erzielen jetzt Werte zwischen 61 und 80 Punkten.

In der Diagnosengruppe "hysterische Neurosen" wurde damit eine durchschnittliche Verbesserung der PSB entsprechend 11,6 Punkten erreicht, wobei sich 54% der Patienten um mehr als 10 Punkte, 29% um mehr als 20 Punkte verbesserten.

Die durchschnittliche PSB-Verbesserung, entsprechend 11,7 Punkten, ist um 1,4 Punkte geringer als in der Hauptgruppe I (13,0).

4.2.6 Symptomatik (Tab.9, Tab. 22)

a) Psychischer Befund

Bewusstseinsstörungen treten nicht auf.

Zeitliche Orientierungsstörungen sehen wir, in leichter Ausprägung, in nur 4% der Fälle.

Aufmerksamkeits -u. Gedächtnisstörungen kommen, wie in der Hauptgruppe "Neurosen u. längere depressive Reaktionen", selten vor. Am häufigsten sind noch Konzentrationsstörungen, in 14% der Fälle, zu beobachten (leichte und mittlere Ausprägung).

Bei den **formalen Denkstörungen** sehen wir, abgesehen von eingegengtem Denken (25% der Fälle), wenig Störungen, meist in leichter und mittlerer Ausprägung. 2 Patienten (7%) zeigen Gedankendrängen, einmal in schwerer Form.

Diese Befundkategorie ist damit, abgesehen von eingegengtem Denken, etwas schwächer besetzt als in der Hauptgruppe I.

Befürchtungen treten seltener, jedoch in meist mittlerer und starker Ausprägung, auf. Wir beobachten Hypochondrie bei 29% der Patienten; Mißtrauen erkennen wir in 7%, ferner Phobien in 4% der Fälle.

Zwänge stellen wir nicht fest. Abgesehen von fehlenden Zwängen unterscheiden sich die Symptome nicht wesentlich von denen der Hauptgruppe I, "Neurosen u. längere depressive Reaktionen".

Wahnsymptome, Sinnestäuschungen sowie **Ich-Störungen** sehen wir bei keinem der Patienten.

Störungen der Affektivität manifestieren sich, zu gleichen Teilen, in leichter bis mittlerer Ausprägung. Schwere Affektmerkmale sind dabei, wie auch in der Hauptgruppe "Neurosen und längere depressive Reaktionen", eher die Ausnahme.

71% der Patienten erscheinen, leicht bis mittelstark, deprimiert; 50% sind klagsam/jammerig, teilweise in schwerer Ausprägung; innere Unruhe zeigen die Patienten in 30% der Fälle, ebenfalls teils in schwerer Form. Die Symptome Ängstlichkeit (25%) sowie Hoffnungslosigkeit (29%) finden wir seltener als in der Hauptdiagnosengruppe I (47% bzw. 40%); das gleiche gilt für die beobachteten Insuffizienzgefühle, in 18% der Fälle (gegenüber 31% in der Hauptgruppe I). 15% der Patienten mit "hysterischer Neurose" zeigen Affektinkontinenz. Alle anderen Symptome sind, mit durchschnittlich 5%, selten.

Antriebs- und psychomotorische Störungen: In 50% der Fälle zeigen die Patienten, überwiegend mittel ausgeprägtes, theatrales Verhalten; dieses Merkmal beobachten wir hier mehr

als doppelt so häufig als in der Hauptgruppe I (21%). Weitere, vorwiegend leicht bis mittel ausgeprägte, Merkmale sind Antriebsarmut (25%), Logorrhoe (21%) sowie, in 14% der Fälle, motorische Unruhe; maniriert/bizarres Verhalten sehen wir bei 7% der Patienten; andere Symptome sind selten.

Abgesehen von häufig vorkommender Theatralik entspricht die Befundkategorie Antrieb und Psychomotorik im Verteilungsmuster ungefähr der Hauptgruppe I.

Bei circadianen Besonderheiten zeigen nur 4% der Patienten das Symptom abends besser.

Im Rahmen der Befundkategorie **andere psychische Störungen** sehen wir Mangel an Krankheitseinsicht bei 14% der Patienten, Suizidalität in 11% und sozialen Rückzug in nur 3% der Fälle. Soziale Umtriebigkeit, Mangel an Krankheitsgefühl sowie Ablehnung der Behandlung beobachten wir in jeweils 4% der Fälle. Alle genannten Störungen sind meist leicht ausgeprägt; die Symptome Suizidalität und sozialer Rückzug zeigen, in Häufigkeit und Ausprägung, ein deutlich geringeres Ausmaß als in der Hauptgruppe I.

b) Somatische Störungen

Schlaf -und Vigilanzstörungen, in überwiegend geringer bis mittlerer Ausprägung, finden sich in hoher Zahl. 39% der Patienten zeigen dabei Einschlafstörungen; 36% klagen über Durchschlafstörungen. In 14% der Fälle bemerken wir Verkürzung der Schlafdauer, 11% der Patienten berichten über Früherwachen. Müdigkeit (4%) ist seltener als in der Hauptgruppe (vgl. 14%).

Unter den **Appetenzstörungen** stellen wir verminderten Appetit (21%) am häufigsten fest. Ansonsten ist eine verminderte Sexualität, in 11% der Fälle, sowie vermehrter Appetit, bei 4% der Patienten, eher selten.

Leichte und mittlere **gastro-intestinale Störungen** treten über-

wiegend in Form von Magenbeschwerden (18%) und Obstipation (11%) auf; andere Störungen dieser Art sind selten.

Bezüglich **kardio-respiratorischen Störungen** bemerken wir Schwindel, in leichter und mittlerer Ausprägung, bei 14% der Patienten; seltener kommen Atembeschwerden, Herzklopfen und Herzdruck (in jeweils 7% der Fälle) vor.

An **vegetativen Störungen** beobachten wir mittelstarkes, vermehrtes Schwitzen (14%) sowie leichte Menstruations- (11%) und Miktionsstörungen (4%).

Weitere Störungen: 43% der Patienten mit "hysterischer Neurose" zeigen Konversionssymptome, meist mittlerer und schwerer Ausprägung. Diese erkennen wir an dieser Stelle damit deutlich häufiger als in den anderen 12 Diagnosengruppen; sie sind auch relativ häufiger festzustellen als im Rahmen der Hauptdiagnosengruppe I (12%).

Andere Beschwerden sind Kopfdruck (18%) und Rückenbeschwerden (11%). Hitzegefühl und Frösteln geben jeweils 7% der Patienten an (leichte und mittlere Ausprägung); über Schweregefühle in den Beinen klagen nur 4%.

Neurologische Störungen sehen wir lediglich bei 7% der Patienten, in Form von leichtem Tremor; weitere seltenere Symptome sind erniedrigter Muskeltonus, Dyskinesien sowie Parästhesien (jeweils in 4% der Fälle).

.3 Diagnosengruppe 3: Zwangsneurosen

.3.1 Häufigkeit (Tab.1)

Im Beobachtungszeitraum 1982 wurden 8 Patienten mit der Diagnose Zwangsneurose stationär aufgenommen. Dies entspricht einem Anteil an der gesamten Klinikpopulation von 0,4%. Bezogen auf die Gesamtstichprobe dieser Arbeit entspricht dies einem Anteil von 1,0%.

Innerhalb der Hauptgruppe I, "Neurosen u. längere depressive Reaktionen", machen die Zwangsneurosen einen Anteil von 3,4% aus.

.3.2 Geschlechtsverteilung (Abb. 10, Tab. 3)

Die Diagnosengruppe "Zwangsneurosen" wird zu 75% von Männern sowie zu 25% von Frauen gebildet. 1982 wurde die Diagnose Zwangsneurose damit 3 mal häufiger bei Männern als bei Frauen gestellt.

Vergleichen wir diese Geschlechterrelation mit der der Hauptgruppe "Neurosen u. längere depressive Reaktionen" ($m : f = 1 : 1,1$), erkennen wir ein deutliches MännerÜbergewicht.

.3.3 Altersverteilung (Abb.9, Abb.10, Tab.4)

Die Altersverteilungskurve erstreckt sich vom 20. bis zum 44. Lebensjahr. Einen Verteilungsgipfel (soweit man bei der geringen Zahl von Patienten von Gipfel sprechen kann) sehen wir zwischen 20 und 24 Jahren (37% der Patienten); die übrigen Patienten verteilen sich in etwa gleichmäßig auf die anderen Altersstufen. Das Durchschnittsalter der Gruppe beträgt 31,2 Jahre und liegt somit deutlich unter dem der Hauptdiagnosengruppe I (37,6 Jahre).

Die beiden Frauen der Diagnosengruppe sind mit durchschnittlich 36,7 Jahren deutlich älter als die Männer (29,5 Jahre).

.3.4 Aufenthaltsverteilung (Abb.11, Tab. 5)

Die stationäre Aufenthaltsdauer variiert zwischen 3 und 8 Wochen, bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 39,0 Tagen.

Während der letzte männliche Patient nach 5 Wochen entlassen wurde, erkennen wir bei den beiden Frauen Aufenthaltszeiten von 8 bzw. 18 Wochen.

Im Vergleich mit den anderen Diagnosengruppen errechnet sich für die "Zwangsneurosen", mit 39,0 Tagen, die zweitlängste mittlere Verweildauer aller 13 Diagnosengruppen.

4.3.5 Psychosoziale Beeinträchtigung (vgl. GAS-Verteilung Abb.12, Tab.6)

Bei Aufnahme bewegen sich die Patienten mit "Zwangsneurosen", mit durchschnittlich 45,6 Bewertungspunkten, im unteren Bereich der zu vergleichenden 13 Diagnosengruppen. 75% der Patienten weisen dabei eine Einstufung unter 51 Punkten auf. Der durchschnittliche Entlassungswert beträgt 59,6 Punkte, wobei 75% der Patienten noch eine PSB entsprechend Werten zwischen 51 und 70 Punkten aufweisen.

Die durchschnittliche Verbesserung der Gruppe, um 14,0 Skaleneinheiten, ist um 1,0 Punkte besser als die der Hauptgruppe (13,0 Punkte). Der Verbesserungswert der beiden Frauen liegt, mit 20,0 Punkten, deutlich über dem der Männer (11,6 Punkte).

4.3.6 Symptomatik (Tab.10, Tab.22)

a) Psychischer Befund

Bewußtseinsstörungen sehen wir lediglich bei 1 Patienten, in Form von mittelstarker Bewußtseinseingengung.

Orientierungsstörungen kommen nicht vor.

Aufmerksamkeits -und Gedächtnisstörungen beschränken sich auf Konzentrationsstörungen, die in 2 Fällen, in mittlerer Ausprägung, auftreten.

Formale Denkstörungen beobachten wir überwiegend in mittelstarker Ausprägung, seltener in schwerer Form. 62% der Patienten zeigen Grübeln; 50% sind mittel bis stark eingeeengt im Denken. Daneben erkennen wir, in 37% der Fälle, alle Auspräg-

ungen von umständlichem Denken sowie perseverierendes Denken, in 25% der Fälle; 1 Patient wirkt gehemmt.

Die formalen Denkstörungen erreichen insgesamt ein deutlich stärkeres Ausmaß als in der Hauptdiagnosengruppe I (v.a. die Symptome Grübeln u. eingeengt).

Befürchtungen und Zwänge: 75% der Zwangsneurotiker zeigen überwiegend schweres Zwangsdenken; die Hälfte der Patienten schildert, meist stark ausgeprägte, Zwangsimpulse; Zwangshandlungen sind nicht beschrieben.

Ansonsten beobachten wir, in 2 Fällen, Phobien (in leichter bzw. starker Ausprägung).

Die geschilderten Zwangsstörungen treten, verglichen mit allen anderen Diagnosengruppen, in dieser Gruppe weitaus am häufigsten auf.

Wahn, Sinnestäuschung u. Ich-Störungen sind nicht vorhanden.

Störungen der Affektivität finden sich, überwiegend in leichter und mittlerer Ausprägung, häufig. Die Patienten sind, in 87% der Fälle, deprimiert sowie, in 63%, ängstlich (je einmal in schwerer Ausprägung). Insuffizienzgefühle (50% der Fälle) werden ebenfalls relativ häufig angegeben; andere, öfters genannte Symptome, sind Affektarmut und starrer Affekt (jeweils 25%). Seltener beobachten wir Hoffnungslosigkeit (12%), innere Unruhe (12%), Affektlabilität (12%) sowie Dysphorie (12%; alle in leichter Ausprägung).

Antriebs- und psychomotorische Störungen treten selten, in leichter Ausprägung, auf. Nur jeweils einmal sehen wir Antriebsarmut, gesteigerten Antrieb, motorische Unruhe sowie Logorrhoe (je 12%).

Circadiane Besonderheiten fehlen.

Im Rahmen der **anderen psychischen Störungen** sehen wir sozialen Rückzug, in mittlerer und starker Ausprägung, bei 25% der

Patienten; Mangel an Krankheitseinsicht und Ablehnung der Behandlung findet sich jeweils einmal (12%).

b) Somatischer Befund

Schlaf- und Vigilanzstörungen sind nicht beschrieben.

Appetenzstörungen treten, in leichter und schwerer Form, lediglich als verminderte Sexualität bei 2 Patienten auf (25%).

An **gastro - intestinalen Störungen** beobachten wir jeweils in 1 Fall schweres Erbrechen sowie mittelstarke Magenbeschwerden.

Kardio - respiratorische Störungen kommen nur bei 1 Patienten, als leichter Herzdruck vor.

Andere vegetative Störungen sind leicht vermehrtes Schwitzen (12% der Fälle).

Weitere Störungen: Bei 1 Patienten beobachten wir mittelstarke Konversionssymptome.

Neurologische Störungen können wir nicht feststellen.

4.4 Diagnosengruppe 4: Hypochondrische Neurosen

4.4.1 Häufigkeit (Tab.1)

Im Untersuchungszeitraum 1982 kamen 20 Patienten mit der Diagnose hypochondrische Neurose zur stationären Aufnahme. Diese entsprechen einem Anteil von 1,0% an der gesamten Klinikpopulation sowie einem Anteil von 2,6% an dem in dieser Arbeit untersuchten Patientengut.

Im Rahmen der Hauptgruppe I, "Neurosen und längere depressive Reaktion", entspricht dies einem Anteil von 2,6%.

4.4.2 Geschlechtsverteilung (Abb. 14, Tab. 3)

Die Diagnosengruppe teilt sich auf in 60% Männer sowie 40% Frauen. Ein männliches Übergewicht von 1,5 : 1 steht hier einer ausgeglichenen Relation in der Hauptgruppe I ($m : f = 1 : 1,1$) gegenüber.

4.4.3 Altersverteilung (Abb.13, Abb.14, Tab.4)

Die Verteilungskurve erstreckt sich vom 20. bis zum 69.

Lebensjahr. Ein Häufigkeitsgipfel zeigt sich dabei zwischen dem 35. und 39. Lebensjahr; 75% der Patienten sind älter als 34 Jahre, lediglich 15% jünger als 30 Jahre.

Vergleichen wir das Durchschnittsalter aller 13 Diagnosengruppen, so stellt die Gruppe der "hypochondrischen Neurosen", mit 42,2 Jahren, durchschnittlich die ältesten Patienten. Zur Hauptgruppe "Neurosen und depressive Reaktionen" (37,6 Jahre) ergibt sich ein Altersunterschied von 4,6 Jahren.

Nach Geschlecht getrennt, errechnet sich für die Männer ein mittleres Alter von 39,6 Jahren; ihre Verteilung läßt ein Häufigkeitsmaximum (33% der Männer) zwischen 35 und 39 Jahren erkennen. Die Frauen sind durchschnittlich um 6,7 Jahre älter (46,3 Jahre); sie verteilen sich gleichmäßig auf die Altersstufen zwischen 25 und 69 Jahren.

4.4.4 Aufenthaltsverteilung (Abb.15, Tab.5)

Die Patienten der Diagnosengruppe "hypochondrische Neurosen" waren zwischen 1 und 9 Wochen in stationärer Behandlung. Die

durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 24,7 Tage. Weitaus die Mehrzahl der Patienten (80%) blieb weniger als 5 Wochen. Den Häufigkeitsgipfel erkennen wir dabei in der 2. Woche (25% der Patienten).

Eine Aufenthaltsdauer von mehr als 5 Wochen verzeichnen wir lediglich für die Frauen; mit 37,3 Tagen verblieben sie durchschnittlich mehr als doppelt so lange in der Klinik als die Männer (16,2 Tage).

4.4.5 Psychosoziale Beeinträchtigung (vgl. GAS-Verteilung Abb. 16, Tab. 6)

Im Vergleich zu den anderen Diagnosengruppen zeigt sich bei Aufnahme eine eher geringe psychosoziale Beeinträchtigung, entsprechend einem durchschnittlichen Punktwert von 55,2 (vgl. Hauptgruppe I, 50,8 Punkte). 60% der Patienten erreichen bei Aufnahme eine Einstufung von größer 50, kein Patient von weniger als 41 Punkten.

Der durchschnittliche PSB-Wert bei Entlassung beträgt 66,8 Skalenpunkte, wodurch sich eine mittlere Verbesserung des psychosozialen Befundes von 11,6 Punkten errechnet.

55% der Patienten erfahren bei Entlassung eine Einstufung zwischen 71 und 90 Punkten.

Verglichen mit der Hauptgruppe I läßt sich bei den "hypochondrischen Neurosen" zwar ein deutlich höherer PSB-Aufnahmewert (vgl. oben) erkennen; deren Verbesserung des PSB-Wertes während des stationären Aufenthaltes fällt dagegen etwas geringer aus als in der Hauptgruppe (11,4 gegenüber 13,4 in der Hauptgruppe).

4.4.6 Symptomatik (Tab.11, Tab.22)

Psychischer Befund

Bewußtseins- und Orientierungsstörungen treten nicht auf.

An **Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen** lassen sich bei 20% der Patienten Konzentrationsstörungen, in leichter und mittlerer Ausprägung, sowie Merkfähigkeitsstörungen (20%)

feststellen. Leichte Gedächtnisstörungen sehen wir in 5% der Fälle.

Formale Denkstörungen: Mittel und schwer eingeeengtes Denken (40%) sowie Grübelein (20%), in leichter und starker Ausprägung, sind, ähnlich der Hauptgruppe "Neurosen und längere depressive Reaktionen", die häufigsten Symptome dieser Befundgruppe. Andere Störungen sind seltener: In 15% der Fälle sehen wir umständliches Denken; bei jeweils 10% der Patienten die Symptome verlangsamtes -bzw. perseverierendes Denken. Die Merkmale gehemmt und Gedankendrängen machen, in leichter Form, nur jeweils 5% aus.

Unter den **Befürchtungen und Zwängen** erkennen wir Hypochondrie (auch im Vergleich zu allen anderen Diagnosengruppen), in 85% der Fälle, deutlich häufiger als in der Hauptgruppe I (11%). 60% der Patienten zeigen dieses Symptom dabei in schwerer Ausprägung. Andere Befürchtungen wie Mißtrauen (5%) und Phobien (10%) sind, in mittlerer Ausprägung, seltener. Zwänge können wir nicht feststellen.

Wahnsymptome fehlen.

Sinnestäuschungen beobachten wir in Form von mittelstarken Körperhalluzinationen nur bei 1 Patienten (5%).

Ich-Störungen kommen bei 2 Patienten (10%) als mittel bzw. stark ausgeprägte Depersonalisation vor.

Im Rahmen der **Störungen der Affektivität** sehen wir das Symptom deprimiert (75% der Fälle), in leichter und mittlerer Ausprägung, am häufigsten. Die Symptome klagsam/jammerig (55%) sowie Störung der Vitalgefühle (50%) treten teilweise in schwerer Ausprägung auf und sind als einzige unter den Affektstörungen häufiger vertreten als in der Hauptgruppe I (24% bzw. 34%). Andere nennenswerte Störungen, vorwiegend in leichter und mittlerer Ausprägung, sind innere Unruhe (35%), Hoffnungs-

losigkeit (30%) und Insuffizienzgefühle (20%). Affektlabil und affektarm erscheinen 15% der Patienten; übrige affektive Störungen sind seltener.

Antriebs- und psychomotorische Störungen finden sich Überwiegend in leichter und mittlerer Stärke, wobei theatralisches Verhalten, in 25% der Fälle, noch am häufigsten zu beobachten ist. Weitere Störungen sehen wir in Form von Antriebsarmut, gehemmtem Antrieb und Logorrhoe (jeweils 20% der Fälle). 15% der Patienten wirken motorisch unruhig. Das beschriebene Symptombild entspricht weitgehend dem der Hauptgruppe I.

Circadiane Besonderheiten: 10% der Patienten fühlen sich abends schlechter bzw. besser.

Andere psychische Störungen kommen in allen Schweregraden vor. Dabei zeigen 35% der Patienten sozialen Rückzug sowie Mangel an Krankheitseinsicht, in 20% der Fälle. Die Rate an leichter Suizidalität fällt, mit 5%, deutlich geringer aus als in der Hauptdiagnosengruppe I (28%).

b) Somatischer Befund

Schlaf- und Vigilanzstörungen sind in geringerem Ausmaß als in der Hauptgruppe "Neurosen und längere depressive Reaktionen" vorhanden (Überwiegend in mittlerer und schwerer Ausprägung). Wir vermerken meist Einschlaf- (40%) bzw. Durchschlafstörungen (35%); ansonsten zeigen sich Verkürzung der Schlafdauer (20%) und Früherwachen (15%) recht häufig. Müdigkeit ist, in 5% der Fälle, gleich der Hauptgruppe, eher selten.

Bezüglich **Appetenzstörungen**, finden wir bei 35% der Patienten leicht bis mittelstark verminderten Appetit. Bei 15% ist die Sexualität mittel bis stark reduziert. 10% der Patienten klagen über vermehrten Durst, 5% über vermehrten Appetit.

Gastro-intestinale Störungen sehen wir im Schnitt etwas öfters als in der Hauptgruppe "Neurosen und längere depressive

Reaktionen". In 20% der Fälle äußern sie sich in Form von, meist starken, Magenbeschwerden; jeweils 15% der Patienten zeigen, teils starke, Übelkeit bzw. Obstipation. Mundtrockenheit und Diarrhoe stellen wir noch in jeweils 10% der Fälle fest. Andere Symptome sind selten.

Auch **kardio-respiratorische Störungen** treten im Mittel etwas zahlreicher auf als in der Hauptgruppe I. An Symptomen sehen wir, meist in mittlerer Ausprägung, Schwindel (25%) und Herzdruck (25%, teils schwer) sowie Herzklopfen (15%). Selten sind Atembeschwerden (5%).

Andere vegetative Störungen sind vermehrtes Schwitzen, in 20%, und Miktionsstörungen, in 10% der Fälle. Akkomodationsstörungen (5%) und Menstruationsstörungen (5%) kommen nur vereinzelt vor.

Von den **weiteren Störungen** beobachten wir mittelstarken Kopfdruck (45%) mehr als doppelt so häufig als in der Hauptgruppe I (vgl. 22%). Auch Rückenbeschwerden (20%) sowie Schweregefühl in den Beinen (10%) sind hier häufiger genannt. Ansonsten sehen wir noch Konversionssymptome, mittlerer und schwerer Ausprägung, in 15% der Fälle und leichtes Frösteln, in 5%.

Neurologische Störungen finden sich, bis auf leichten Tremor bei 10% der Patienten, kaum.

4.5 Diagnosengruppe 5: Übrige Neurosen

4.5.1 Häufigkeit (Tab.1)

Der Diagnosengruppe "Übrige Neurosen" gehören 18 Patienten an. Deren Anteil an der Klinikpopulation beträgt 0,9%. Der Anteil an den 767 Patienten, die Gegenstand dieser Untersuchung sind, beträgt 2,3%.

Im Rahmen der Hauptdiagnosengruppe I, "Neurosen und längere depressive Reaktionen", entspricht dies einem Prozentsatz von 9,0%.

4.5.2 Geschlechtsverteilung (Abb. 18, Tab.3)

In der Diagnosengruppe "Übrige Neurosen" sind 56% männlichen bzw. 44% der Patienten weiblichen Geschlechts. Das ergibt eine, eher ausgeglichene, Relation Männer zu Frauen von 1,2 : 1, die nur wenig von der der Hauptgruppe I ($m : f = 1 : 1,1$) abweicht.

4.5.3 Altersverteilung (Abb.17, Abb. 18, Tab. 4)

Bei einem Durchschnittsalter von 32,7 Jahren, varriert das Lebensalter der Patienten zwischen 20 und 59 Jahren. Ein deutlicher Häufigkeitsgipfel ergibt sich zwischen 20 und 24 Jahren (33% der Patienten); insgesamt sind 56% der Patienten jünger als 30 Jahre, der Rest verteilt sich in etwa gleichmäßig auf die anderen Altersstufen.

Mit durchschnittlich 32,7 Jahren sind die Patienten der Diagnosengruppe "Übrige Neurosen" im Mittel um 4,9 Jahre jünger als die der Hauptgruppe I (36,6). Nach Geschlecht getrennt, errechnet sich für die Männer, mit durchschnittlich 27,3 Jahren, ein deutlich geringeres Alter als für die Frauen (39,4 Jahre); dem entsprechend sind 22% der Patienten, die ein Alter zwischen 45 und 59 Jahren aufweisen, ausnahmslos weiblichen Geschlechts. Während sich die Frauen auf alle Altersstufen verteilen, beschreibt die Kurve der Männer einen klaren Gipfel (70%) zwischen 25 und 34 Jahren.

4.5.4 Aufenthaltsverteilung (Abb. 19, Tab.5)

Bei einer Streubreite zwischen weniger als 1 und 13 Wochen, beträgt die mittlere Aufenthaltsdauer 37,5 Tage. Die Verteilung zeigt jeweils einen Häufigkeitsgipfel (22% der Fälle) in der 4. und 7. Woche. Nur 2 Patienten (11%) blieben länger als 8 Wochen.

Frauen verzeichnen in dieser Gruppe, mit durchschnittlich 48,0 Tagen, eine deutlich längere Aufenthaltsdauer als die Männer (29,1 Tage), u.a. bedingt durch 2 Streuwerte in der 10. bzw. 13. Woche.

4.5.5 Psychosoziale Beeinträchtigung (vgl. GAS-Verteilung Abb.20, Tab.6)

Die PSB-Verteilungskurve beschreibt bei Aufnahme ein Häufigkeitsmaximum (39%) zwischen 51 und 60 Punkten; der Durchschnittswert beträgt 48,9 Punkte. 22% der Patienten liegen zum Zeitpunkt der Aufnahme unter dem Schätzwert von 41 Bewertungspunkten, 17% über 60 Punkten.

Betrachten wir die PSB-Verteilungskurve entsprechend den Entlassungswerten, so sehen wir lediglich 1 Patienten (6%) unter 41 Punkten; mehr als die Hälfte der Patienten (56%) weist jetzt eine PSB- Einschätzung von größer 60 Punkten auf (Durchschnitt 60,8 Punkte).

Die durchschnittliche Verbesserung der PSB um 11,9 Stufen liegt etwas unter der der Hauptgruppe I (13,4 Punkte) und nimmt innerhalb unserer 13 Diagnosengruppen einen unteren Rang ein.

4.5.6 Symptomatik (Tab.12, Tab.22)

a) Psychischer Befund

Bewußtseins- und Orientierungsstörungen sehen wir nicht.

Unter den **Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen** beobachten wir am häufigsten leichte bis mittlere Konzentrationsstörungen (33%), einmal in schwerer Ausprägung. 22% der Patienten zeigen eher leichte Merkfähigkeitsstörungen; in 17% der Fälle sehen wir Gedächtnisstörungen, dagegen leichte Auf-

fassungsstörungen nur in 6% der Fälle.

Im Schnitt sind alle genannten Symptome etwas zahlreicher als in der Hauptgruppe I festzustellen.

Die **formalen Denkstörungen** entsprechen, in leichter und mittlerer Ausprägung, hinsichtlich Verteilung und Häufigkeit der Hauptgruppe I. 28% der Patienten wirken umständlich und zeigen Grübeln. 18% sind eingeengt, 17% ideenflüchtig; das Symptom verlangsamt sehen wir in 11% der Fälle. Merkmale wie perseverierend, Vorbeireden und gesperret/Gedankenabreißen (je 6%) sind seltener.

Befürchtungen u. Zwänge kommen, in leichter und mittlerer Ausprägung, etwas häufiger als in der Hauptgruppe "Neurosen und längere depressive Reaktionen" vor. 28% der Fälle zeigen Hypochondrie; Mißtrauen sehen wir in 22%, Zwangshandlungen in 12% der Fälle. Je 6% der Patienten lassen leichte Phobien, mittelstarke Zwangsimpulse bzw. Zwangsdanken erkennen.

Wahn, wie auch **Sinnestäuschungen**, treten nicht auf.

Ich-Störungen zeigt lediglich ein Patient (6%), in Form mittelstarker Depersonalisation.

Störungen der Affektivität beobachten wir häufig, dabei überwiegend in mittlerer und leichter, seltener in schwerer Ausprägung.

Neben dem oft gesehenen Symptom deprimiert (mit 94% übriges die höchste Rate aller Diagnosengruppen), erkennen wir, in 56% der Fälle, Insuffizienzgefühle mittlerer Ausprägung sowie, bei 50% der Patienten, mittlere bis schwere Störungen der Vitalgefühle; beide zuletzt genannten Symptome sind damit deutlich häufiger vertreten als in der Hauptgruppe "Neurosen und längere depressive Reaktionen" (vgl. Insuffizienzgefühle 30%, Störung der Vitalgefühle 34%).

44% der Patienten zeigen innere Unruhe, 33% sind hoffnungslos, weitere 28% der Patienten erscheinen klagsam/jammerig. Jeweils

17% der Patienten bieten Störungen im Sinne von affektstarr, affektilabil oder ambivalent. Andere Symptome, in 6% der Fälle, sind selten.

Unter den **Antriebs- u. psychomotorischen Störungen** fällt eine, meist leicht und mittel ausgeprägte, motorische Unruhe auf (44% gegenüber 13% in der Hauptgruppe I). Andere Merkmale sind Antriebsarmut und Antriebssteigerung (jeweils 22%). Parästhesien und Logorrhoe sehen wir schließlich noch in 17% der Fälle.

Circadiane Besonderheiten zeigt lediglich ein Patient (6%), in Form von abends schlechter (leicht ausgeprägt).

Andere psychische Störungen erkennen wir vor allem als sozialen Rückzug (mit 44% etwas häufiger als bei 32% in der Hauptgruppe I), in überwiegend leichter und mittlerer Ausprägung. 22% der Patienten sind darüber hinaus leicht bis schwer suizidal; Mangel an Krankheitseinsicht sowie Selbstbeschädigung kommen bei 11% vor; Aggressivität nur in 6% der Fälle. Alle zuletzt genannten Werte entsprechen in etwa dem Symptomprofil der Hauptgruppe I.

b) Somatischer Befund

Schlaf- u. Vigilanzstörungen sind, in leichter und mittlerer Form, häufig. Einschlafstörungen sehen wir dabei in 44%, Durchschlafstörungen in 39% der Fälle. Ebenfalls bei 39% der Patienten beobachten wir das Symptom Müdigkeit; dieses wird hier, im Vergleich aller 13 Diagnosengruppen, am häufigsten genannt (vgl. 12% in der Hauptgruppe I).

Gleiches gilt für das Symptom Früherwachen, das, mit 22%, deutlich häufiger auftritt als in der Hauptgruppe I (11%).

Appetenzstörungen sehen wir in allen Ausprägungen. Am häufigsten ist die Sexualität vermindert (in 33% der Fälle gegenüber 13% in der Hauptgruppe), gefolgt von vermindertem Appetit (28%); vermehrter Appetit (6%) ist seltener.

Gastro-intestinale Störungen treten vor allem in Form mittelstarker Magenbeschwerden sowie Übelkeit (jeweils 17%) auf. In einem Fall (6%) beobachten wir starkes Erbrechen.

An **kardio - respiratorischen Störungen** bemerken wir Schwindel, in 33% der Fälle (vgl. Hauptgruppe 18%), sowie, in 11% der Fälle, Herzdruck und Herzklopfen - alle in meist mittlerer Ausprägung.

Andere vegetative Störungen sind lediglich vermehrtes Schwitzen (22%).

Im Rahmen **weiterer Störungen** klagen 39% der Patienten (vgl. Hauptgruppe I 22%) über mittleren bis starken Kopfdruk; seltener sind Rückenbeschwerden, Frösteln und leichte Konversionssymptome (jeweils 6%).

Neurologische Störungen sind lediglich vereinzelt als leichter Tremor (6%) und mittelstarke Akathisie (6%) beschrieben.

4.6 Diagnosengruppe 6: Neurotische Depression und längere depressive Reaktionen

4.6.1 Häufigkeit (Tab.1)

Im Beobachtungszeitraum 1982 wurde 17 mal die Diagnose neurotische Depression bzw. 83 mal die Diagnose längere depressive Reaktion gestellt. Der Anteil dieser Diagnosengruppe an der Klinikpopulation beträgt 5,1%;, der Anteil an dem in dieser Arbeit untersuchten Patientengut beträgt 13,0%. Innerhalb der Hauptgruppe I, "Neurosen und längere depressive Reaktionen", nehmen die Patienten einen Anteil von 49,8% ein.

4.6.2 Geschlechtsverteilung (Abb.22, Tab.3)

Die Diagnosengruppe "Neurotische Depression und längere depressive Reaktionen" teilt sich auf in 45% Männer sowie in 55% Frauen. Dieses entspricht einem Frauen-Übergewicht, gemäß der Relation Männer zu Frauen, von 1 : 1,2; dies entspricht in etwa der Überzahl an Frauen in der Hauptgruppe I ($m : f = 1 : 1,1$).

4.6.3 Altersverteilung (Abb.21, Abb.22, Tab.4)

Die Altersverteilung beschreibt ein Häufigkeitsmaximum zwischen 20 und 24 Jahren (20% der Patienten entsprechen dieser Altersstufe). Weitere Häufigkeitsgipfel erkennen wir, mit jeweils 16% der Patienten, zwischen 25 und 29 Jahren sowie zwischen dem 35. und 39. Lebensjahr. Lediglich 7% der Patienten sind dabei älter als 65 Jahren; 71% der Patienten weisen ein Alter von weniger als 40 Jahren auf.

Das Gruppendurchschnittsalter von 37,9 Jahren unterscheidet sich nur unwesentlich von dem der Hauptgruppe I (37,6 Jahren) und nimmt im Vergleich unserer Diagnosengruppen einen der höheren Ränge ein.

Nach Geschlecht aufgeteilt, erkennt man bei den Männern ein signifikantes Häufigkeitsmaximum zwischen 20 und 25 Jahren. 64% der Männer sind, bei einem Durchschnittsalter von 35,1 Jahren, jünger als 40 Jahre, 35% älter als 45 Jahre, Die Frauen dieser Diagnosengruppe weisen ein etwas höheres Durch-

schnittsalter von 40,3 Jahren auf. Ihre Verteilungskurve zeigt einen Gipfel zwischen 25 und 30 Jahren (24%); einen weiteren Kurvenanstieg (16% der Frauen) verzeichnen wir zwischen dem 55. und 59. Lebensjahr. 27% der Frauen sind 45 Jahre und älter; 56% der Frauen weisen ein Alter von weniger als 40 Jahren auf.

4.6.4 Aufenthaltsverteilung (Abb.23, Tab.5)

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 23,8 Tage, bei einer Streubreite zwischen 1 und 16 Wochen. 41% der Patienten wurden bereits nach 2 Wochen, 71% innerhalb von 4 Wochen entlassen. Lediglich 8% der Patienten blieben länger als 7 Wochen.

Frauen weisen mit durchschnittlich 20,9 Tagen eine, um ca. 5 Tage, geringere Aufenthaltsdauer auf als die Männer dieser Gruppe (26,2 Tage).

Verglichen mit der Hauptgruppe I, "Neurosen und längere depressive Reaktionen" (26,5 Tage), errechnet sich eine, im Mittel um 2,7 Tage, kürzere stationäre Verweildauer. Innerhalb des Diagnosengruppenvergleichs entspricht die Aufenthaltsdauer einem mittleren Rang.

4.6.5 Psychosoziale Beeinträchtigung (vgl. GAS-Verteilung Abb.24, Tab.6)

Die Verteilungskurve zeigt bei Aufnahme einen eingipfeligen Verlauf, mit einem Maximum von 36% der Fälle zwischen 41 und 50 Punkten. 86% der Patienten liegen dabei in der PSB-Bewertung unter 61 Punkten, 9% unter 41 Punkten. Im Durchschnitt errechnet sich ein Aufnahmewert von 50,0 Punkten.

Zum Zeitpunkt der Entlassung ergibt sich ein neuer Durchschnittswert von 65,1 Punkten, mit einer entsprechenden Verschiebung des Häufigkeitsgipfels auf die Stufe zwischen 60 und 70 Punkten (38% der Fälle). Nur noch 19% der Patienten verbleiben nach Entlassung unter 61 Punkten.

68% der Patienten konnten sich, bezüglich des psychosozialen Befundes, um mehr als 10 Bewertungsstufen verbessern. Im Durchschnitt verbesserten sich die Patienten dieser Diagnosen-

gruppe um 15,1 Punkte und liegen damit etwas über dem Vergleichswert der Hauptgruppe I (13,4 Punkte).

Im Rahmen unserer Diagnosengruppen ist dies das viertbeste Ergebnis hinsichtlich des psychosozialen Krankheitsverlaufs.

4.6.4 Symptomatik (Tab.13, Tab.22)

a) Psychischer Befund

Bewußtseinsstörungen fehlen.

Orientierungsstörungen, leichter Art, sind sehr selten.

An **Aufmerksamkeits- u. Gedächtnisstörungen**, die Überwiegend in leichter, seltener in schwerer Ausprägung auftreten, sehen wir vor allem Konzentrationsstörungen (22%). Auffassungs-, Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen sind, mit durchschnittlich 5%, weniger häufig.

Obige Störungen ähneln weitgehend denen der Hauptgruppe I, "Neurosen und längere depressive Reaktionen".

Formale Denkstörungen sehen wir, wie in der Hauptgruppe I, in meist leichter und mittlerer Ausprägung. Grübeln (31%) sowie eingengtes Denken (20%), davon in 3 Fällen in schwerer Form, beobachten wir am häufigsten; andere Symptome sind verlangsamtes Denken (15%) und umständliches Denken (13%). Perseveration stellen wir, in leichter Ausprägung, nur bei 5% der Patienten fest. Andere Störungen sind, gleich der Hauptgruppe I, seltener.

Befürchtungen u. Zwänge kommen vergleichsweise selten vor; wir beobachten in 11% der Fälle (gegenüber 26% in der Hauptgruppe I) Hypochondrie, Überwiegend in mittlerer, aber auch in schwerer Ausprägung. Mißtrauen sehen wir bei 9% der Patienten; Phobien, Zwangsdenken und Zwangsimpulse, in mittlerer Ausprägung, sind nur vereinzelt zu beobachten.

Wahn tritt nicht auf.

Sinnestäuschungen erkennen wir nur bei einem Patienten (1%), in Form leichter Körperhalluzinationen.

Im Rahmen der **Ich - Störungen** zeigen 2% der Patienten Depersonalisation, mittlerer Ausprägung.

Störungen der Affektivität stehen bei dieser Gruppe, wie auch in der Hauptgruppe I, eindeutig im Vordergrund. Wir beobachten das Symptom deprimiert in 89% der Fälle, dabei meist in mittlerer Ausprägung. 50% der Patienten sind hoffnungslos; weitere 38% zeigen Ängstlichkeit, in meist leichter bis mittlerer Form. Häufig sehen wir noch die Symptome innere Unruhe (33%), Insuffizienzgefühle (31%) sowie klagsam/jammeriger Affekt (27%); alle zuletzt genannten Merkmale erkennen wir in meist leichter bis mittlerer Ausprägung. Jeweils 20% der Patienten geben leichte und mittlere Störungen der Vitalgefühle sowie Affektlabilität an; dysphorisch wirken 19%, 9% der Patienten wirken gereizt, 8% schildern Schuldgefühle. Die übrigen Symptome sind eher selten. Verglichen mit dem Affektprofil der Hauptgruppe I, "Neurosen und längere depressive Reaktionen", können wir weder in der Ausprägung noch in der Häufigkeit der Merkmale wesentliche Unterschiede feststellen. Allenfalls ist das Symptom Ängstlichkeit, in 38% der Fälle (gegenüber 47% in der Hauptgruppe), etwas weniger häufig zu sehen.

Antriebs- u. psychomotorische Störungen treten fast ausschließlich in leichter und mittlerer Ausprägung in Erscheinung. Wir erkennen in 34% der Fälle Antriebsarmut; theatralisch wirken 16% der Patienten, davon 12% in schwerer Ausprägung. Andere erwähnenswerte Symptome sind motorische Unruhe sowie gehemmter Antrieb, in je 13%; Logorrhoe zeigt sich bei 7% der Fälle.

Zur Hauptdiagnosengruppe I lassen sich auch hier keine auffälligen Unterschiede herausarbeiten.

Ciradiane Besonderheiten sehen wir kaum; allenfalls 2% der Patienten fühlen sich morgens bzw. abends schlechter.

Unter den **anderen psychischen Störungen** ist Suizidalität, in leichter bis mittlerer, selten schwerer Ausprägung, mit 42% das häufigste Symptom. Es kommt damit in deutlich stärkerem Ausmaß vor als in der Hauptgruppe I (28%). Bei 32% der Fälle sehen wir noch sozialen Rückzug; in 17% Mangel an Krankheitseinsicht (beide Werte sind fast identisch mit denen der Hauptgruppe I). Seltenere Störungen sind Ablehnung der Behandlung, Aggressivität (jeweils 8%) sowie leichte und mittelschwere Selbstbeschädigung (5%). Das Auftreten anderer Symptome beschränkt sich auf Einzelfälle.

b) Somatischer Befund

Schlaf- u. Vigilanzstörungen, meist leichter und mittlerer Ausprägung, ähneln im Ausmaß denen der Hauptgruppe I; wir beobachten, in 47% der Fälle, Einschlafstörungen sowie, in 40%, Durchschlafstörungen. Verkürzung der Schlafdauer stellen wir bei 20% der Patienten fest, Müdigkeit in 13% der Fälle. Lediglich 8% klagen über Früherwachen.

An **Appetenzstörungen** sehen wir, meist leicht bis mittel, verminderten Appetit (31%); die Sexualität ist bei 10% der Patienten, teils leicht, teils schwer vermindert. Andere Störungen sind selten.

Gastro - intestinale Störungen kommen am häufigsten in Form leichter bis mittelgradiger Obstipation vor (13%). Bei 8% der Patienten notieren wir, meist mittelstarke, Magenbeschwerden; Über Übelkeit klagen 7% der Patienten. Andere Störungen dieser Art sind seltener.

Etwas weniger häufig als in der Hauptgruppe I, treten **kardio - respiratorische Störungen** auf. In 15% der Fälle sehen wir dabei, meist leichten oder mittelstarken, Schwindel; andere

Symptome sind Herzklopfen (7% gegenüber 12% in der Hauptgruppe) und Herzdruck (4% gegenüber 10% in der Hauptgruppe); weitere Beschwerden sehen wir kaum.

Von den **anderen vegetativen Störungen** beobachten wir Schwitzen, in mittlerer Ausprägung, mit 15% am häufigsten; Überwiegend leichte Menstruationsstörungen zeigen sich bei 7% der Patienten. Andere Symptome kommen nur vereinzelt vor.

Weitere Störungen erkennen wir am häufigsten in Form von Kopfdruck (17% der Fälle), in allen Ausprägungen, sowie als schwere Rückenbeschwerden (11%). Über Schweregefühle in den Beinen klagen lediglich 5% der Patienten. Seltener als in der Hauptgruppe (12%) sehen wir hier mittelstarke Konversionssymptome, in 4% der Fälle.

Bis auf leichten und mittelstarken Tremor (12%), treten **neurologische Störungen** kaum auf.

4.7 Diagnosengruppe 7: Kurzdauernde depressive Reaktionen

4.7.1 Häufigkeit (Tab.1)

Im Beobachtungszeitraum 1982 kamen 81 Patienten mit der Diagnose kurzdauernde depressive Reaktionen zur stationären Aufnahme. Diese entsprechen einem Anteil an der gesamten Klinikpopulation von 4,1%; der Anteil an der in dieser Arbeit untersuchten Stichprobe beträgt 10,6%. Innerhalb der Hauptdiagnosengruppe II, "psychogene Reaktionen", entspricht dies einem Anteil von 81,0%.

4.7.2 Geschlechtsverteilung (Abb.26, Tab.3)

Die Diagnosengruppe "kurzdauernde depressive Reaktionen" besteht zu 64% aus Männern und zu 36% aus Frauen. Wir zählen folglich 1,8 mal mehr Männer als Frauen; Männer sind in dieser Diagnosengruppe, wie auch in der Hauptdiagnosengruppe II, "psychogene Reaktionen" ($m : f = 2 : 1$), deutlich stärker vertreten.

4.7.3 Altersverteilung (Abb.25, Abb.26, Tab.4)

Die Altersverteilungskurve reicht vom 15. bis zum 79. Lebensjahr, steigt dabei bis zum 24. Lebensjahr steil an, um schließlich langsam abzufallen. Ein deutliches Häufigkeitsmaximum erkennen wir zwischen dem 20. und 24. Lebensjahr; 32% der Patienten sind auf dieser Altersstufe einzuordnen. Insgesamt sind 64% der Patienten jünger als 35 Jahre, 40% sind jünger als 25 Jahre. Lediglich 12% der Patienten weisen ein Alter von 50 Jahren und älter auf.

Das durchschnittliche Alter der Gruppe von 32,6 Jahren weicht nur unwesentlich vom mittleren Alter der Hauptdiagnosengruppe "psychogene Reaktionen" (32,0 Jahre) ab.

Die Männer zeigen, mit 29,9 Jahren, im Durchschnitt ein deutlich geringeres Alter als die Frauen (37,4 Jahre). Der Häufigkeitsgipfel der Männerverteilung, zwischen 20 und 24 Jahren (40% der Männer), ist dabei identisch mit dem der gesamten Gruppe. 83% der männlichen Patienten sind jünger als 35 Jahre. Die Frauenverteilung zeigt dagegen ein Plateau zwischen 20 und

39 Jahren (62% der Frauen); 52% der Frauen sind 50 Jahre und älter. Lediglich 1 Frau ist jünger als 20 Jahre (dagegen 5 Männer).

4.7.4 Aufenthaltsverteilung (Abb.27, Tab.5)

Die Aufenthaltsdauer variiert zwischen weniger als 1 und 15 Wochen, bei einem durchschnittlichen Aufenthalt von 18,3 Tagen. Einen Häufigkeitsgipfel (28% der Patienten) erkennen wir in der 1. Woche. 80% der Patienten verließen die Klinik innerhalb von 4 Wochen.

Der durchschnittliche Aufenthalt von 18,3 Tgen (Männer 19,0 Tage; Frauen 17,1 Tage) ist der kürzeste aller 13 Diagnosengruppen und entspricht in etwa dem der Hauptdiagnosengruppe "psychogene Reaktionen" (17,7 Tage).

4.7.5 Psychosoziale Beeinträchtigung (vgl. GAS-Verteilung Abb.29, Tab.6)

Bei Aufnahme verzeichnet die Diagnosengruppe einen durchschnittlich PSB-Wert von 50,7 Punkten - im Vergleich der 13 Diagnosengruppen ein mittlerer Rang. Wir erkennen ein Häufigkeitsmaximum (33% der Patienten) zwischen 41 und 50 Punkten; weitere 51% der Patienten erreichen Werte zwischen 51 und 70 Punkten, 9% bleiben unter 41 Punkten.

Zum Zeitpunkt der Entlassung errechnet sich, mit einem Gruppendurchschnitt von 69,3 Punkten, der beste Wert aller 13 Diagnosengruppen. 56% der Patienten erreichten zwischen 71 und 80 Punkte; lediglich 2% verblieben unter 51 Punkten.

Die durchschnittliche Verbesserung des PSB-Wertes beträgt 18,6 Stufen. Mit diesem Ergebnis zeigt die Gruppe der "kurzdauernden depressiven Reaktionen", bezüglich ihrer psychosozialen Leistungsfähigkeit, das günstigste Resultat aller betrachteten Diagnosengruppen.

4.7.6 Symptomatik (Tab.14, Tab.23)

a) Psychischer Befund

Bewußtseinsstörungen sehen wir lediglich einmal als leichte Bewußtseinseinengung.

Orientierungsstörungen fehlen.

Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen treten, wie in der Hauptgruppe II, "psychogene Reaktion", v. a. in Form von Konzentrationsstörungen auf (16%, meist leichte Ausprägung). Weniger zahlreich kommen leichte Auffassungsstörungen (7%) vor. Andere Symptome dieser Art sehen wir nur vereinzelt.

An **formalen Denkstörungen** beobachten wir die Symptome eingegengtes Denken in 17% sowie verlangsamtes Denken in 16% der Fälle; umständliches Denken und Grübeln treten mit einer Häufigkeit von je 9% auf. Andere Symptome kommen nur vereinzelt vor.

Alle geschilderten Denkstörungen zeigen, in ähnlicher Häufigkeit wie in der Hauptgruppe "psychogene Reaktionen", leichte und mittlere Ausprägung.

Befürchtungen und Zwänge: Mißtrauen, in leichter Ausprägung, ist mit 12% am meisten beschrieben. Darüberhinaus sehen wir Hypochondrie, in leichter Form, bei 6% der Patienten. Andere Symptome sind selten (unter 2%).

Sinnestäuschungen: Ein Patient zeigt Körperhalluzinationen mittlerer Ausprägung.

Ich - Störungen: Derealisation stellen wir einmal, in leichter Form, fest.

Störungen der Affektivität kommen überwiegend in leichter und mittlerer Ausprägung vor. Mit Abstand am häufigsten beobachten wir, in 90% der Fälle, das Symptom deprimiert (vgl.

Hauptgruppe II, 87%); hoffnungslos sowie innerlich unruhig sind jeweils 35% der Patienten. Ähnlich oft (33% der Fälle) können wir Ängstlichkeit, in leichter und mittlerer Ausprägung feststellen. Insuffizienzgefühle beobachten wir, in meist leichter Form, bei 21% der Patienten; klagsam/jammerig erscheinen 17%.

Weitere Merkmale wie Affektlabilität (14%), Störungen der Vitalgefühle (9%) sowie Schuldgefühle (8%), sind, meist in leichter Ausprägung, weniger häufig.

Übrige Affektstörungen, mit durchschnittlich höchstens 5%, stellen wir seltener fest.

Die beschriebenen Störungen des Affektes ähneln, in Ausmaß und Häufigkeit, dem Profil der Hauptdiagnosengruppe II, "psychogene Reaktionen".

An **Antriebs- u. psychomotorischen Störungen** finden sich, gleich der Hauptgruppe II, am häufigsten mittel ausgeprägte Theatralik (19% der Fälle), ferner das Symptom Antriebsarmut (17% der Fälle). Motorisch unruhig erscheinen 11% der Patienten; jeweils 4% wirken leicht antriebsgesteigert bzw. -gehemmt. Andere Störungen sind, gleich der Hauptgruppe II, "psychogene Reaktionen", auf Einzelfälle beschränkt.

Circadiane Besonderheiten sind selten; das Symptom abends schlechter findet sich lediglich in einem Fall, in leichter Ausprägung. Zwei Patienten (2%) fühlen sich abends besser (leichte Ausprägung).

Im Rahmen der **anderen psychischen Störungen** steht, ähnlich der Hauptgruppe II (vgl. 53%), das Symptom Suizidalität deutlich im Vordergrund. Wir notieren hier mit 56%, in meist leichter und mittlerer Ausprägung, den höchsten Prozentsatz aller 13 Diagnosengruppen (lediglich die Gruppe "neurotische Depression und längere depressive Reaktionen" weist, in 46% der Fälle, eine ähnlich hohe Rate auf). Im Gegensatz dazu, liegt das nächsthäufige Symptom, sozialer Rückzug, mit 15% (vgl. 18% in der Hauptgruppe II), deutlich unter dem Wert der Gruppe "neuroti-

sche Depression und längere depressive Reaktionen" (32%). Andere Störungen sind Mangel an Krankheitseinsicht (10%) sowie leichte und mittelgradige Selbstbeschädigung (9%).

b) Somatischer Befund

Schlaf- u. Vigilanzstörungen treten, gleich der Hauptgruppe II, Überwiegend als leichte bis mittelstarke Durchschlafstörungen (40%) bzw. als Einschlafstörungen (36%) in Erscheinung und unterscheiden sich darin kaum von der Diagnosengruppe 6. Andere Störungen dieser Art sind leichte bis mittlere Verkürzung der Schlafdauer (11%), Müdigkeit (9%) sowie, seltener, Früherwachen (4%).

Appetenzstörungen sehen wir, wie in der Hauptgruppe II, "psychogene Reaktionen" (aber auch ähnlich der Hauptgruppe der Neurosen), vorwiegend in Form leicht bis mittelstark verminderten Appetits (30%). Verminderte Sexualität sowie leicht vermehrter Durst, sind seltener (max. 6% der Fälle).

Gastro - intestinale Störungen treten, ähnlich der Hauptgruppe II, seltener auf, dabei leicht bis mittel ausgeprägt. Am häufigsten erkennen wir Magenbeschwerden (7%), einmal in schwerer Form; andere Symptome sind, in weniger als 5% der Fälle, auf Einzelfälle beschränkt.

Auch **kardio-respiratorische Störungen** sehen wir kaum. Herzklopfen kommt, in leichter Ausprägung, bei 6% der Patienten vor; Herzdruck aller Schweregrade bei 5%. In nur 4% der Fälle beobachten wir leichten Schwindel; andere Störungen sind selten.

Andere vegetative Störungen sehen wir, gleich der Hauptgruppe II, v.a. in Form von vermehrtem Schwitzen (6%); Menstruationsstörungen, mittlerer und starker Ausprägung, sind in nur 4% der Fälle vorhanden.

Weitere Störungen treten als leichter bis schwerer Kopfdruck (19%) auf, ferner in Form leichter Rückenbeschwerden (6%). Wie auch in der Hauptgruppe II, "psychogene Reaktionen", sind Konversionssymptome, Hitzegefühle und Schweregefühle in den Beinen, in jeweils 4% der Fälle, seltener.

Neurologische Störungen finden sich, in leichter und mittlerer Ausprägung, nur in 4% der Fälle als Tremor. Ein Patient zeigt Seitendifferenzen.

4.8 Diagnosengruppe 8: Übrige Anpassungsstörungen

4.8.1 Häufigkeit (Tab.1)

Der Diagnosengruppe "Übrige Anpassungsstörungen" gehören 12 Patienten an. Diese entsprechen einem Anteil an der Klinikpopulation 1982 von 0,6%; der Anteil am Untersuchungsgut dieser Arbeit beträgt 1,6%. Innerhalb der Hauptgruppe II, "psychogene Reaktionen", entspricht dies einem Anteil von 12%.

4.8.2 Geschlechtsverteilung (Abb.30, Tab.3)

Die Diagnosengruppe besteht aus 10 Männern (83%) sowie 2 Frauen (17%). Wir zählen folglich 5 mal mehr Männer als Frauen (vgl. Hauptgruppe II, $m : f = 2 : 1$).

Das männliche Geschlecht ist damit in dieser Diagnosengruppe, verglichen mit den anderen 13 Diagnosengruppen dieser Arbeit, relativ am stärksten vertreten.

4.8.3 Altersverteilung (Abb.29, Abb.30, Tab.4)

Die 12 Patienten sind zwischen 15 und 54 Jahren alt. Einen Häufigkeitsgipfel, mit 4 Patienten (34%), verzeichnen wir unter 20 Jahren; 75% der Patienten sind jünger als 35 Jahre. Im Vergleich zur Hauptgruppe II, "psychogene Reaktionen" (32,0 Jahre), sind die Patienten, mit durchschnittlich 27,7 Jahren, um 4,3 Jahre jünger und weisen, abgesehen von der Diagnosengruppe "Anorexia nervosa", das jüngste Durchschnittsalter aller Diagnosengruppen auf.

Getrennt nach Geschlecht, errechnet sich für die Männer ein mittleres Alter von 28,4 Jahren; 62% der Männer sind dabei jünger als 30 Jahre.

Die beiden Frauen dieser Gruppe sind 18 bzw. 31 Jahre alt (im Mittel 27,5 Jahre).

4.8.4 Aufenthaltsverteilung (Abb.31, Tab.5)

Der Aufenthalt variiert zwischen 1 Tag und 6 Wochen; durchschnittlich blieben die Patienten 18,9 Tage, mit einem Häufigkeitsgipfel (33% der Patienten) in der 3. Woche.

Abgesehen von den "kurzdauernden depressiven Reaktionen", ist

dies der kürzeste, durchschnittliche Aufenthalt aller 13 Diagnosengruppen.

4.8.5 Psychosoziale Beeinträchtigung (vgl. GAS-Verteilung Abb.32, Tab.6)

Die Patienten zeigen bei Aufnahme, mit durchschnittlich 55,2 Punkten, den höchsten Durchschnittswert aller 13 Diagnosengruppen (vgl. auch Hauptgruppe II, 51,2 Punkte). 58% der Patienten erreichen bei Aufnahme einen Wert von mehr als 50 Punkten, lediglich 1 Patient (8%) liegt unter 40 Punkten. Zum Zeitpunkt der Entlassung erkennen wir eine durchschnittliche Bewertung der psychosozialen Leistungsfähigkeit, entsprechend 63,1 Punkten. Jeweils ein Gipfel mit 33% der Patienten ergibt sich zwischen 51 und 60 bzw. zwischen 71 und 80 Punkten. Die durchschnittliche Verbesserung dieser Gruppe, um 7,9 Punkte, rangiert, im Vergleich zu den anderen Diagnosengruppen, an letzter Stelle (vgl. auch Verbesserung der Hauptgruppe II, 17,4 Punkte).

4.8.6 Symptomatik (Tab.15, Tabl.23)

a) Psychischer Befund

Bewußtseinsstörungen sehen wir lediglich einmal, in Form leichter Bewußtseinsstörung.

Orientierungsstörungen fehlen.

Aufmerksamkeits- u. Gedächtnisstörungen: Wir erkennen leichte Konzentrationsstörungen (33% der Fälle) in einem deutlich höheren Prozentsatz als in der Hauptgruppe "psychogene Reaktionen" (vgl. 17%). Andere Auffälligkeiten sind leichte Merkfähigkeitsstörungen (17%) sowie leichte Auffassungsstörungen (7%).

Formale Denkstörungen kommen in schwerer Form nicht vor.

Leicht und mittel ausgeprägtes, eingeengtes Denken ist, mit 42%, deutlich häufiger als in der entsprechenden Hauptgruppe II (vgl. 19%) vertreten. Auch die Symptome umständliches sowie perseverierendes Denken (jeweils 17%) sehen wir etwas häufiger als in der Hauptgruppe II (vgl. 9% bzw. 4%). Jeweils nur bei 1 Patienten (8%) sehen wir, in mittlerer Ausprägung, gehemmtes bzw. verlangsamtes Denken, Grübeln und gesperrt/Gedankenabreißen.

Befürchtungen u. Zwänge: Mißtrauen, in leichter und mittlerer Ausprägung, findet sich bei 25% der Patienten (vgl. Hauptgruppe II, 13%). Jeweils in 1 Fall (8%) beobachten wir mittelstarke Hypochondrie (n. wahnh.), ferner schwere Zwangsimpulse und Zwangshandlungen.

Wahn und Sinnestäuschungen kommen nicht vor.

Auch Ich - Störungen fehlen.

Störungen der Affektivität treten fast ausnahmslos in leichter oder mittlerer Ausprägung auf. Wir beobachten am häufigsten Insuffizienzgefühle (58%) und somit auch deutlich häufiger als in der Hauptdiagnosengruppe II, "psychogene Reaktionen" (vgl. 25%). Lediglich die Gruppe "neurotische Depression und längere depressive Reaktionen" erreicht, mit 56%, unter den 12 Diagnosengruppen einen ähnlich hohen Wert. Das Symptom deprimiert sehen wir nur in 50% der Fälle (vgl. Hauptgruppe II, 84%); weitere 50% der Patienten sind ängstlich. In 52% der Fälle wirken die Patienten dysphorisch bzw. gereizt (leicht bis mittelstark); diese Merkmale notieren wir deutlich häufiger als in der Hauptgruppe II (vgl. dysphorisch 15%, gereizt 11%). In 33% der Fälle beobachten wir klagsam/jammeriges Verhalten, in jeweils 17% die Symptome Schuldgefühle, innere Unruhe und Affektarmut (meist leichte Ausprägung). Andere Merkmale sind selten.

Antriebs- u. psychomotorische Störungen: Ähnlich der Haupt-

gruppe II, sind 17% der Patienten mittelgradig antriebsarm, jeweils 8% wirken motorisch unruhig oder theatralisch.

Circadiane Besonderheiten treten nicht auf.

Unter den **anderen psychischen Störungen** findet sich sozialer Rückzug, leicht und mittel ausgeprägt, in 50% der Fälle. Leichte und mittelstarke Aggressivität sehen wir bei 42% der Patienten. Beide genannten Symptome sind deutlich zahlreicher vertreten als in der Hauptgruppe "psychogene Reaktionen" (vgl. sozialer Rückzug 18%, Aggressivität 8%). Leichte Suizidalität kommt, mit 17%, dagegen deutlich seltener vor als in der Hauptgruppe II (vgl. 53%). Ebenfalls 17% der Patienten zeigen Mangel an Krankheitseinsicht.

b) Somatischer Befund

Schlaf- u. Vigilanzstörungen sehen wir, verglichen mit der Hauptgruppe II, kaum. Nur jeweils 1 mal (8%) klagen die Patienten über Einschlaf- bzw. Durchschlafstörungen.

Appetenzstörungen: In 1 Fall (8%) beobachten wir leicht verminderten Appetit bzw. mittelstark vermehrten Appetit.

Gastro - intestinale Störungen treten, wie in der Hauptgruppe II, kaum auf.

Vegetative Störungen kommen nicht vor.

Weitere Störungen: Bei 17% der Patienten erkennen wir Konversionssymptome (1 mal in starker Ausprägung). Andere, weniger häufige, Klagen sind Rückenbeschwerden und Schweregefühle in den Beinen (jeweils 8%).

Neurologische Störungen sind, in leichter Ausprägung, selten. Wir beobachten bei 1 Patienten Parästhesien bzw. erniedrigten Muskeltonus.

Auch Seitendifferenzen sehen wir nur in 1 Fall.

4.9 Diagnosengruppe 9: Persönlichkeitsstörungen

4.9.1 Häufigkeit (Tab.1)

Im Beobachtungszeitraum 1982 wurden 75 Patienten mit der Diagnose Persönlichkeitsstörung aufgenommen. Diese entsprechen einem Anteil an der Klinikpopulation 1982 von 3,8%. Innerhalb des Untersuchungsgutes von 767 Patienten dieser Arbeit entspricht dies einem Anteil von 9,8%.

4.9.2 Geschlechtsverteilung (Abb.34, Tab.3)

Von den Patienten mit der Diagnose Persönlichkeitsstörung sind 63% männlichen sowie 37% weiblichen Geschlechts. Dies entspricht einer Relation Männer zu Frauen von 1,7 : 1.

4.9.3 Altersverteilung (Abb.33, Abb.34, Tab.4)

Das Durchschnittsalter der Diagnosengruppe "Persönlichkeitsstörungen" beträgt 30,3 Jahre; die Altersverteilungskurve erstreckt sich dabei vom 15. bis zum 74. Lebensjahr. Einen eindeutigen Gipfel zeigt der Kurvenverlauf zwischen 20 und 24 Jahren; 31% der Patienten befinden sich auf dieser Altersstufe. Insgesamt sind 16% der Patienten jünger als 20 Jahre, lediglich 13% sind 45 Jahre und älter. Mit einem Gruppendurchschnittsalter von 30,3 Jahren befinden sich die "Persönlichkeitsstörungen", im Vergleich der 13 Diagnosengruppen, im unteren Altersdrittel. In Abhängigkeit vom Geschlecht zeigt die Verteilungskurve der Männer ein breites Maximum zwischen 20 und 29 Jahren (47% der Männer); lediglich 2 (4%) sind älter als 55 Jahre. Es errechnet sich ein männliches Durchschnittsalter von 32,1 Jahren. Bei den Frauen erkennen wir eine Mehrheit zwischen 15 und 24 Jahren (61% der Frauen), bei einem, etwas niedrigerem, Altersdurchschnitt von 27,3 Jahren. Lediglich 1 Frau (4%) ist älter als 45 Jahre (dagegen 9 Männer).

Eine größte Häufigkeitsdifferenz zwischen männlichem und weiblichem Kurvenverlauf (vgl. Abb. 34) ergibt sich zwischen dem 25. und 30. Lebensjahr (8 Männer gegenüber 1 Frau).

4.9.4 Aufenthaltsverteilung (Abb.35, Tab.5)

Der Aufenthalt in dieser Diagnosengruppe variiert zwischen weniger als 1 und 29 Wochen, bei einer mittleren Verweildauer von 31,0 Tagen. Mit 25% der Patienten beschreibt die Häufigkeitsverteilung ein Maximum in der 2. Aufenthaltswoche; 41% der Patienten verblieben länger als 3 Wochen in der Klinik, 9% länger als 10 Wochen.

Innerhalb der 13 Diagnosengruppen befindet sich die Gruppe der "Persönlichkeitsstörungen", bezüglich der Aufenthaltsdauer, im oberen Drittel.

4.9.5 Psychosoziale Beeinträchtigung (vgl. GAS-Verteilung Abb.36, Tab.6)

Bei einer durchschnittlichen PSB-Bewertung von 52,1 Punkten zeigt sich bei Aufnahme ein eingipfeliger Kurvenverlauf mit einem Häufigkeitsmaximum zwischen 51 und 60 Punkten (35% der Patienten). Lediglich 13% der Patienten weisen Werte von weniger als 41 Punkten, 12% von mehr als 70 Punkten auf.

Als Entlassungswert errechnet sich ein Mittel von 63,8 Punkten, mit einem neuen Häufigkeitsgipfel (33% der Patienten) zwischen 61 und 70 Punkten. Jeweils 10% der Patienten verblieben unter 50 Punkten bzw. erreichten mehr als 80 Punkte. Die durchschnittliche Verbesserung des psychosozialen Befundes, um 11,7 Punkte, rangiert im unteren Drittel der 13 Vergleichsgruppen dieser Arbeit; d.h., es ergab sich in der Gruppe "Persönlichkeitsstörungen" eine, vergleichsweise geringe, Verbesserung der psychosozialen Leistungsfähigkeit.

4.9.6 Symptomatik (Tab.16)

a) Psychischer Befund

Bewußtseinsstörungen sehen wir nur bei 1 Patienten (1%) in Form mittelstarker Bewußtseinsverminderung.

Zeitliche Orientierungsstörungen zeigt ebenfalls nur 1 Patient, in mittlerer Ausprägung.

Aufmerksamkeits- u. Gedächtnisstörungen: In 21% der Fälle treten Konzentrationsstörungen, in leichter und mittlerer Ausprägung, auf; andere Defizite wie, meist leichte, Gedächtnisstörungen (8%) oder, geringfügige bis schwere, Merkfähigkeitsstörungen (5%) sind seltener. Weitere Störungen sehen wir kaum.

Formale Denkstörungen sind, verglichen mit den anderen 12 Diagnosengruppen, eher weniger häufig beschrieben. Eingeengtes Denken (13%) sowie das Symptom umständliches Denken (11%), sehen wir, in leichter und mittlerer Ausprägung, noch am häufigsten. 9% der Patienten zeigen verlangsamtes Denken (leicht bis mittelstark); Grübeln 8%. Das Symptom Vorbeireden kommt bei 5% der Patienten vor, davon zur Hälfte in schwerer Ausprägung.

Andere Störungen sind auf Einzelfälle beschränkt.

Befürchtungen u. Zwänge treten überwiegend in leichter und mittlerer Ausprägung auf und sind, abgesehen von recht häufigem Mißtrauen (21%), nur vereinzelt zu beobachten; so sehen wir Phobien in 8% der Fälle, 1 mal in schwerer Form. Bei 7% der Patienten findet sich leichtes Zwangsdenken; leichte und mittel ausgeprägte Zwangshandlungen erkennen wir bei 5%. Weitere Störungen sind seltener.

Wahn: Lediglich 1 Patient zeigt Wahneinfälle (1%).

Sinnestäuschungen kommen nicht vor.

Ich - Störungen finden sich vereinzelt. Dabei zeigen 5% der Patienten, meist leichte, Derealisation; 3% schildern andere Fremdbeeinflussungserlebnisse in leichter Form. Leichte Depersonalisation stellen wie in 1 Fall fest.

Störungen der Affektivität sind, in leichter und mittlerer Ausprägung, seltener zu beobachten als in den meisten Diagnosengruppen, vor allem aber im Vergleich zu den Haupt-

diagnosengruppen I und II.

Wir sehen das Symptom deprimiert in 56% der Fälle, davon 5 Fälle (7%) mit schwerer Ausprägung; auch die Merkmale Ängstlichkeit (23%) und Hoffnungslosigkeit (21%) sehen wir, in mittelstarker Ausprägung, vergleichsweise weniger häufig als in der Hauptgruppe I (vgl. 47% bzw. 40%). Gleiches gilt für die Symptome klagsam/jammerig (15% der Fälle) sowie Insuffizienzgefühle (23%); beide in meist mittlerer, selten schwerer Ausprägung. Innere Unruhe, aller Schweregrade, stellen wir in 20% der Fälle fest.

Allein die Symptome gereizt (25%) und dysphorisch (24%), ferner Affektlabilität (20%), notieren wir, in mittlerer Ausprägung, etwas häufiger als in der Hauptgruppe I (vgl. gereizt 8%, dysphorisch 16%). Andere nennenswerte psychische Auffälligkeiten sind Affektarmut (11%) und starrer Affekt (9%). Über mittelgradige Störungen der Vitalgefühle klagen lediglich 9% der Patienten (vgl. Hauptgruppe I, 24%). Jeweils 9% der Patienten sind ambivalent oder zeigen Schuldgefühle; die restlichen Störungen der Affektivität sind seltener.

Antriebs- u. psychomotorische Störungen kommen, im Vergleich der Diagnosengruppen, in durchschnittlicher Häufigkeit vor, dabei selten in schwerer Ausprägung.

24% der Patienten sind, Überwiegend mittelstark, theatralisch; 17% zeigen motorische Unruhe. Antriebsarmut sehen wir, vor allem in leichter Ausprägung, in 12% der Fälle; 11% erscheinen, leicht bis schwer, antriebsgesteigert. 8% der Patienten wirken mittelgradig logorrhöisch; weniger häufig beobachten wir gehemmten Antrieb sowie maniert, bizarres Verhalten und Mutismus (weniger als 5%).

Circadiane Besonderheiten: 5% der persönlichkeitsgestörten Patienten fühlen sich abends besser, 4% morgens schlechter; andere sind selten.

An anderen psychischen Störungen erkennen wir, vergleichsweise häufig, Suizidalität (37% der Fälle), in leichter,

mittlerer und schwerer Ausprägung. Weitere 25% der Patienten lassen, leicht bis mittel ausgeprägten, sozialen Rückzug erkennen. Bei jeweils 15% stellen wir Aggressivität bzw. soziale Umtriebigkeit fest; Mangel an Krankheitsgefühl weisen 11% der Patienten auf. In ähnlicher Häufigkeit (durchschnittlich 11%) sehen wir Selbstschädigung, Mangel an Krankheitseinsicht und Ablehnung der Behandlung (Überwiegend leichte bis mittlere Ausprägung).

b) Somatischer Befund

Schlaf- u. Vigilanzstörungen: Leichte und mittlere Einschlaf- bzw. Durchschlafstörungen sehen wir am häufigsten (31% bzw. 27%). Müdigkeit tritt in 12%, Verkürzung der Schlafdauer in 11% der Fälle auf. Selten ist Früherwachen (4%).

Unter den **Appetenzstörungen** finden sich vor allem verminderter Appetit (16% der Fälle) sowie verminderte Sexualität (11%). 7% der Patienten zeigen vermehrten Appetit.

Gastro - intestinale Störungen sehen wir nur vereinzelt. Magenbeschwerden (7%), in leichter bis mittlerer Ausprägung, sowie Diarrhoe (5%) sind noch die meist genannten Symptome.

Auch **kardio - respiratorische Störungen** sind auf Einzelfälle beschränkt. Lediglich Herzbeschwerden kommen, in allen Schweregraden, bei 4% der Patienten vor.

Andere vegetative Störungen: Bei 7% der Patienten stellen wir, leicht und mittelgradig, vermehrtes Schwitzen fest. 5% der Patienten klagen über Menstruationsstörungen (in 1 Fall in schwerer Form). Übrige vegetative Störungen sehen wir kaum.

Weitere Störungen, teils in schwerer Ausprägung, finden sich in Form von Kopfdruck (12% der Fälle) sowie seltener

als Konversionssymptome (6%). Lediglich in 3% der Fälle, davon jedoch 1 mal in schwerer Ausprägung, klagten Patienten über Schweregefühl in den Beinen.

Neurologische Störungen kommen , wenn auch etwas häufiger als in den meisten anderen Diagnosengruppen, vereinzelt vor. Mittelschweren Tremor sehen wir dabei in 6% der Fälle. Bei jeweils 3% der Patienten ergibt die neurologische Untersuchung Rigor bzw. leichte Dyskinesien. Jeweils in 1 Fall (1%) ergeben sich geringfügige Hypokinesien sowie schwere Akathisie.

Seitendifferenzen weisen 3% der Patienten auf; ebenfalls bei 3% konnten kürzlich stattgefundenen, cerebralen Krampfanfälle nachgewiesen werden.

4.10 Diagnosengruppe 10: Anorexia nervosa

4.10.1 Häufigkeit (Tab.1)

Im Beobachtungszeitraum 1982 wurden 16 Patienten mit der Diagnose Anorexia nervosa stationär aufgenommen (darunter 2 Fälle mit unklaren Eßstörungen). Diese entsprechen einem Anteil an der Klinikpopulation von 0,8%. Innerhalb des Patientengutes dieser Untersuchung entspricht dies einem Anteil von 2,1%.

4.10.2 Geschlechtsverteilung (Abb.38, Tab.3)

Die Diagnosengruppe "Anorexia nervosa" besteht zu 87% aus Frauen sowie zu 13% aus Männern. Dies zeigt ein Übergewicht Frauen zu Männern von 7:1. Wie erwartet, sind die Frauen hier relativ deutlich stärker vertreten als in allen anderen Diagnosengruppen.

4.10.3 Altersverteilung (Abb.37, Abb.38, Tab.4)

Die Altersverteilung bewegt sich, bei einem durchschnittlichen Alter von 24,1 Jahren, zwischen 15 und 44 Jahren. Ein, ausschließlich von Frauen gebildetes, Häufigkeitsmaximum erkennen wir zwischen dem 20. und 24. Lebensjahr; 44% der Patienten befinden sich auf dieser Altersstufe. 69% sind jünger als 25 Jahre, lediglich 19% weisen ein Alter von 35 Jahren und älter auf.

Damit zeigt die Diagnosengruppe "Anorexia nervosa" das jüngste Durchschnittsalter aller 13 Diagnosengruppen. Nach Geschlecht getrennt, verzeichnen wir bei den beiden Männern dieser Gruppe ein mittleres Alter von 30,5 Jahren. Die Frauen sind, mit 23,1 Jahren, im Schnitt deutlich jünger; 86% der Frauen weisen ein Alter von weniger als 30 Jahren, 71 % von weniger als 25 Jahren auf.

4.10.4 Aufenthaltsverteilung (Abb.39, Tab.5)

Der kürzeste Aufenthalt dauerte weniger als 1 Woche, der längste 29 Wochen. Die Verteilungskurve zeigt 25% der Patienten in der 1. Woche, 44% blieben zwischen 4 und 6 Wochen .

Nur jeweils 1 Patient blieb 22 bzw. 29 Wochen in stationärer Behandlung.

Durchschnittlich 50,9 Tage (Männer 30,0 Tage; Frauen 53,9 Tage) entsprechen der längsten mittleren Aufenthaltsdauer aller 13 Diagnosengruppen.

4.10.5 Psychosoziale Beeinträchtigung (vgl. GAS-Verteilung Abb.40, Tab.6)

Bei Aufnahme erkennen wir, abgesehen von den "Alkohol- bzw. Drogenpsychosen", mit durchschnittlich 45,1 Bewertungspunkten, die stärkste psychosoziale Beeinträchtigung aller 13 Diagnosengruppen. 37% der Patienten zeigen einen Aufnahmewert von weniger als 41 Punkten; 12% liegen unter 31 Punkten. Zum Zeitpunkt der Entlassung verzeichnen wir eine, vergleichsweise geringe, Verbesserung des psychosozialen Befundes um durchschnittlich 11,1 Bewertungsstufen, auf durchschnittlich 56,2 Punkte. Noch 56% der Patienten liegen am Ende der stationären Behandlung unter 61 Punkten.

Die Patienten der Diagnosengruppe "Anorexia nervosa" zeigen folglich, hinsichtlich ihrer psychosozialen Leistungsfähigkeit, den ungünstigsten Krankheitsverlauf aller betrachteten Diagnosengruppen.

4.10.6 Symptomatik (Tab.17)

a) Psychischer Befund

Bewußtseinsstörungen sehen wir in 1 Fall, in Form leichter Bewußtseinsverminderung (6%).

Orientierungsstörungen fehlen.

Aufmerksamkeits- u. Gedächtnisstörungen sind selten: Jeweils 2 Patienten (12%) lassen leichte Konzentrationsstörungen bzw. Merkfähigkeitsstörungen erkennen. Leichte Gedächtnisstörungen sehen wir 1 mal (6%).

An formalen Denkstörungen steht mittelstark eingeengtes Denken (25%) im Vordergrund. Leicht verlangsamtes Denken sowie perseverierendes Denken finden wir nur in 6% der Fälle.

Befürchtungen u. Zwänge sind nicht sehr häufig. Jeweils 12% der Patienten zeigen Mißtrauen oder Zwangsdenken, in leichter Form; in gleicher Häufigkeit erkennen wir Zwangshandlungen und Zwangsimpulse (geringe und mittlere Ausprägung). Leichte Hypochondrie sehen wir nur bei 1 Patienten (6%).

Wahn, Sinnestäuschungen u. Ich - Störungen kommen nicht vor.

Störungen der Affektivität notieren wir insgesamt in geringerem Ausmaß als in allen anderen Diagnosengruppen.

Nur 37% der Patienten sind mittel bis schwergradig deprimiert; in gleicher Häufigkeit (37%) beobachten wir, meist leichte, Ängstlichkeit (vgl. in der Hauptgruppe I: deprimiert 87%; Ängstlichkeit 47%). In 31% der Fälle sehen wir, Überwiegend mittelstarke, Insuffizienzgefühle; in 19% stellen wir die Symptome Affektarmut und Hoffnungslosigkeit (alle Ausprägungen) fest. Andere Auffälligkeiten wie dysphorisches oder gereiztes Verhalten treten, in leichter und schwerer Ausprägung, in jeweils 12% der Fälle auf. Gleiche Häufigkeiten notieren wir für mittlere und schwere Unruhe, ferner für leichte bis mittelgradige Affektlabilität. Euphorie und Ratlosigkeit sind, in jeweils 6% der Fälle, auf einzelne Patienten beschränkt.

Unter den, ausnahmslos leicht bis mittel ausgeprägten, **Antriebs- u. psychomotorischen Störungen** weisen die Symptome gesteigerter Antrieb (37%) und Logorrhoe (25%) die größten Häufigkeiten auf. Motorische Unruhe sowie Theatralik zeigen jeweils 19% der Patienten. In jeweils 6% der Fälle beobachten wir weiterhin gehemmten Antrieb bzw. maniert/bizarres Verhalten.

Das Symptom Antriebsarmut ist, im Unterschied zu allen anderen Diagnosengruppen, nicht beschrieben.

Circadiane Besonderheiten treten nicht auf.

Unter den **anderen psychischen Störungen** sehen wir Mangel an Krankheitsgefühl, in allen Ausprägungen, bei 56% der Patienten; in vergleichsweise ähnlich großer Häufigkeit zeigen die Patienten Mangel an Krankheitseinsicht (44%). Weitere 25% der Patienten lehnen die Behandlung, in mittlerer bis schwerer Form, ab (vgl. z.B. Hauptgruppe I: 5%). Weniger häufig sehen wir sozialen Rückzug (19%). Auch die Symptome soziale Umtriebigkeit, Selbstbeschädigung (beide in leichter Form) oder mittelstarke Aggressivität erkennen wir, in 6% der Fälle, nur vereinzelt.

b) Somatischer Befund

Schlaf- u. Vigilanzstörungen sind vergleichsweise gering ausgeprägt. Es finden sich leichte bis mittelstarke Einschlafstörungen (19%) und geringfügige Durchschlafstörungen (12%). Lediglich 1 Patient (6%) klagt über leichte Verkürzung der Schlafdauer.

Appetenzstörungen treten in allen Ausprägungen auf.

25% der Patienten geben teils schwer verminderte Sexualität an; jeweils 19% zeigen verminderten oder vermehrten Appetit; 1 mal (6%) sehen wir vermehrten Durst.

Gastro - intestinale Störungen sind häufig. Wir beobachten, Überwiegend schweres, Erbrechen in 56% der Fälle. Mittlere bis schwere Obstipation stellen wir bei 31% fest. Beide genannten Symptome zeigen mit Abstand die größten Häufigkeiten aller 13 Diagnosengruppen. 12% der Patienten klagen zudem über, mittlere bis starke, Magenbeschwerden; 1 Patient (6%) zeigt leichte Übelkeit.

An kardo - respiratorischen Störungen sehen wir lediglich leichten Schwindel, in 19% der Fälle.

Andere vegetative Störungen äußern sich als, meist schwere, Menstruationsstörungen (44% der weiblichen Patienten). Innerhalb dieser Arbeit tritt dieses Symptom hier mit Abstand am häufigsten auf.

Neurologische Störungen treten bei 1 Patienten in Form von leicht erniedrigtem Muskeltonus (6%) auf.

4.11 Diagnosengruppe 11: Alkoholismus

4.11.1 Häufigkeit (Tab.1)

Im Untersuchungszeitraum 1982 kamen 235 Patienten mit der Diagnose Alkoholabhängigkeit bzw. Alkoholmißbrauch zur stationären Aufnahme. Ihr Anteil an der Klinikpopulation 1982 beträgt 11,9%. Innerhalb des Beobachtungsgutes dieser Arbeit entspricht dies einem Anteil von 30,6%.

Im Rahmen der Hauptdiagnosengruppe III, "Alkohol-/Medikamenten-/Drogenabhängigkeit und deren Mißbrauch", stellt die Diagnosengruppe "Alkoholismus" einen mehrheitlichen Anteil von 81%.

4.11.2 Geschlechtsverteilung (Abb.42, Tab.3)

Die Diagnosengruppe "Alkoholismus" besteht zu 62% aus Männern und zu 38% aus Frauen. Dies entspricht einem MännerÜbergewicht von 1,6 : 1; die Hauptgruppe III zeigt einen etwas geringeren Männerüberschuß von 1,4 : 1.

4.11.3 Altersverteilung (Abb.41, Abb.43, Tab.4)

Die Altersverteilung der Diagnosengruppe 11 reicht vom 20. bis zum 74. Lebensjahr. Sie beschreibt, bei einem Durchschnittsalter von 37,5 Jahren, einen Häufigkeitsgipfel zwischen 35 und 39 Jahren (22% der Fälle). Die Mehrzahl der Patienten (56%) ist zwischen 30 und 44 Jahren alt. Weitere 22% der Patienten sind jünger als 30 Jahre; 10% sind 50 Jahre und älter.

Ein Durchschnittsalter von 37,5 Jahren entspricht in ungefähr dem der Hauptgruppe III (37,2 Jahre). Im Vergleich mit den anderen Diagnosengruppen nehmen die Alkoholiker einen mittleren Altersrang ein.

Die Männer (36,2 Jahre) sind im Schnitt um 3,4 Jahre jünger als die Frauen (39,6 Jahre). Während die Verteilungskurve der Männer ein Maximum (21%) zwischen 30 und 34 Jahren beschreibt, sehen wir bei den Frauen einen etwas breiteren Verteilungsgipfel (32% der Frauen) zwischen 35. und 39. Lebensjahr.

In Abhängigkeit vom Geschlecht lassen die beiden Altersverteilungskurven die größte Häufigkeitsdifferenz, zugunsten der Männer, zwischen dem 31. und 35. Lebensjahr erkennen.

4.11.4 Aufenthaltsverteilung (Abb.43, Tab.5)

Der Aufenthalt variiert zwischen 1 Tag und 12 Wochen; ein deutlicher Häufigkeitsgipfel ergibt sich dabei, mit 51% der Patienten, in der 2. und 3. Aufenthaltswoche. Lediglich 20% der Patienten blieben länger als 4 Wochen in stationärer Behandlung; in nur 3% der Fälle beobachten wir eine Verweildauer von 8 Wochen und länger.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 20,5 Tagen differiert nur unwesentlich von der der Hauptgruppe III (21,2 Tage). Im Vergleich mit den anderen Diagnosengruppen zeigen nur 2 Diagnosengruppen einen kürzeren durchschnittlichen Aufenthalt.

4.11.5 Psychosoziale Beeinträchtigung (vgl. GAS-Verteilung Abb.44, Tab.6)

Entsprechend einer durchschnittlichen Einschätzung auf 48,3 Punkte erkennen wir bei Aufnahme einen deutlichen Häufigkeitsgipfel (41% der Fälle) zwischen 41 und 50 Bewertungspunkten. 12% der Patienten weisen eine psychosoziale Beeinträchtigung von weniger als 41 Punkten auf; weitere 44% erfahren eine Einstufung von 51 Punkten und mehr.

Nach Entlassung errechnet sich ein PSB-Mittel von 64,2 Bewertungspunkten, mit einem neuen Verteilungsmaximum (42% der Patienten) zwischen 61 und 70 Punkten. Lediglich 2% der Patienten liegen, gegen Ende der stationären Behandlung, unter 51 Punkten; 33% erreichen 71 Punkte und mehr.

Die durchschnittliche Verbesserung innerhalb der Diagnosengruppe "Alkoholismus" beträgt 15,9 Skalenpunkte (vgl. PSB-Verbesserung der Hauptgruppe III: 15,2 Punkte). Innerhalb unserer 13 Diagnosengruppen nehmen die Alkoholiker, bezüglich der Verbesserung ihrer psychosozialen Leistungsfähigkeit, einen vorderen Rang ein.

4.11.6 Symptomatik (Tab.18, Tab.24)

a) Psychischer Befund

Bewußtseinsstörungen treten, in leichter und mittlerer Ausprägung, vereinzelt auf. In jeweils 3% der Fälle sehen wir Bewußtseinsstörung bzw. Bewußtseinseingengung; 2% zeigen Bewußtseinsverminderung.

Orientierungsstörungen beobachten wir, wie in der Hauptgruppe III, seltener, dabei aber in allen Ausprägungen. 4% der Patienten sind, zum Teil schwer, zeitlich desorientiert. In 3% der Fälle erkennen wir örtliche Orientierungsstörungen. Andere sehen wir kaum.

Aufmerksamkeits- u. Gedächtnisstörungen sind vergleichsweise häufig. 48% der Patienten schildern, mehrheitlich mittelschwere, Konzentrationsstörungen; 28% lassen, meist leicht und mittel ausgeprägte, Merkfähigkeitsstörungen erkennen (vgl. Hauptgruppe III: Konzentrationsstörungen 48%, Merkfähigkeitsstörungen 28%). Häufiger als in den meisten anderen Diagnosengruppen sehen wir leichte und mittlere Auffassungsstörungen (17%), aber auch Gedächtnisstörungen (14%). Weitere Störungen sind auf Einzelfälle beschränkt.

An **formalen Denkstörungen** erkennen wir vor allem verlangsamtes Denken, bei 21% der Patienten (meist mittel oder schwer ausgeprägt); umständliches Denken findet sich, in mittlerer Ausprägung, bei 12%. Etwas häufiger als andere Störungen notieren wir schließlich noch eingeengtes Denken, in 9% der Fälle sowie alle Schweregrade von Grübeln (6%). Die geschilderten Häufigkeiten gleichen weitgehend denen der Hauptdiagnosengruppe III.

Befürchtungen u. Zwänge treten nur vereinzelt auf. In 7% der Fälle beobachten wir, leichtes bis mittleres, Mißtrauen. 4% der Patienten zeigen Phobien, einmal in schwerer Ausprägung. Andere Symptome sind selten.

Wahn können wir nicht erkennen.

Sinnesstäuschungen sehen wir, nur in jeweils 1% der Fälle, in Form von Stimmenhören bzw. optischen Halluzinationen (leichte und mittlere Ausprägung).

Ich - Störungen kommen nicht vor.

Störungen der Affektivität entsprechen, in Häufigkeit und Ausprägung, der Hauptgruppe III. Die Patienten sind überwiegend deprimiert (54%), meist in leichter bis mittlerer, vereinzelt in schwerer Ausprägung. Überwiegend mittelgradige innere Unruhe schildern 33% der Patienten. Verglichen mit den Affektstörungen der anderen Diagnosengruppen, sehen wir das Symptom Ängstlichkeit, in 26% der Fälle, selten; das gleiche gilt für Hoffnungslosigkeit (17%), ferner für Insuffizienzgefühle (16%). Vergleichsweise häufig beobachten wir dagegen Affektlabilität (20%); weitere 18% der Patienten wirken, mehrheitlich mittelgradig, klagsam/jammerig. In 15% der Fälle erscheinen die Patienten zudem mittelstark gereizt; in 11% dysphorisch. Leichte Schuldgefühle geben 8% der Patienten an. Vereinzelt sehen wir schließlich noch mittlere Affektarmut, Störungen der Vitalgefühle sowie Affektinkontinenz (in jeweils 6% der Fälle). Andere Symptome sind seltener.

Antriebs- u. psychomotorische Störungen: Wir beobachten, in 12% der Fälle, leichte bis mittelgradige motorische Unruhe; in 7% wirken die Patienten theatralisch (vgl. Hauptgruppe III: 9%). Jeweils in 6% der Fälle sehen wir, leichte bis mittelschwere, Antriebsarmut (vgl. Hauptgruppe III: 11%), sowie gehemmten bzw. gesteigerten Antrieb. Übrige Störungen dieser Art finden wir kaum.

Circadiane Besonderheiten fehlen weitgehend.

Andere psychische Störungen gleichen denen der Hauptgruppe III. Mit 26% zeigen die Patienten am häufigsten, teilweise

schweren, Mangel an Krankheitseinsicht; in jeweils 15% der Fälle geben sie, ebenfalls teilweise schweren, Mangel an Krankheitsgefühl zu erkennen. Bei weiteren 17% der Patienten sehen wir leichten und mittelgradigen sozialen Rückzug; 11% wirken, in gleicher Ausprägung, suizidal. Leichte und schwere Aggressivität demonstrieren 6%; genausoviele Patienten lehnen die Behandlung ab. Selbstbeschädigung, in allen Ausprägungen, können wir in 4% der Fälle beobachten. 6 Patienten (2%) sind pflegebedürftig.

b) Somatischer Befund

Unter den Schlaf- u. Vigilanzstörungen finden sich, mehrheitlich mittel ausgeprägte, Einschlaf- und Durchschlafstörungen, in 25 bzw. 26% der Fälle (vgl. Hauptgruppe III: 21% bzw. 25%). Über alle Ausprägungen verkürzter Schlafdauer berichten 13% der Patienten. Müdigkeit (4%), und Früherwachen kommen selten vor.

Appetenzstörungen: Ähnlich der Hauptgruppe III klagen die Patienten am häufigsten über verminderten Appetit (35% der Fälle; in allen Schweregraden). Mittelgradig vermehrten Durst, aber auch, teils schwer, verminderte Sexualität sehen wir in jeweils 11% der Fälle. Andere Symptome sind selten.

Gastro - intestinale Störungen kommen in großer Zahl vor. Immerhin 23% der Patienten schildern, Überwiegend mittelstarke, Übelkeit. Weitere 21% müssen sich erbrechen. Leichte bis schwere Diarrhoe zeigen 15% der Patienten; in gleicher Häufigkeit werden schwere Magenbeschwerden beklagt. Obstipation und Mundtrockenheit sind selten (je 2%).

Kardio - respiratorische Störungen: Wie in der Hauptgruppe III, berichten die Patienten, in 14% der Fälle, über leichtes bis mittleres Herzklopfen; 9% geben Schwindel an.

Andere vegetative Störungen sehen wir fast ausschließlich

in Form von, leicht bis stark, vermehrtem Schwitzen. Abgesehen von den "Drogen- und Alkoholpsychosen", verzeichnen wir hier, mit 50%, die höchste Rate aller Diagnosengruppen (vgl. Hauptdiagnosengruppe III: ebenfalls 50%). Weniger zahlreich sind Menstruationsstörungen (7%); andere Störungen sind noch seltener.

Weitere Störungen beobachten wir, gleich der Hauptgruppe III, kaum. Meist mittelstarken Kopfdruck geben 7% der Patienten an; jeweils 5% zeigen, leicht bis mittelgradiges, Hitzegefühl bzw. Frösteln.

Neurologische Störungen finden sich, in allen Ausprägungen, entsprechend der Hauptgruppe III vergleichsweise häufig. Fast die Hälfte aller Patienten (43%) zeigt Tremor; in 13% der Fälle sehen wir außerdem leichte und mittlere Ataxie. Bei 4% der Patienten ergibt die neurologische Untersuchung, teils schwere, Parästhesien; darüberhinaus notieren wir für 2 Patienten Akathisie.

Seitendifferenzen finden sich bei 3% der Patienten. 5% berichten über kürzlich stattgefundene cerebrale Krampfanfälle.

4.12 Diagnosengruppe 12: Medikamenten- und Drogenabhängigkeit/ bzw. -mißbrauch

4.12.1 Häufigkeit (Tab.1)

Im Untersuchungszeitraum 1982 wurden 55 Patienten mit den Diagnosen Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit bzw. deren Mißbrauch stationär aufgenommen. Ihr Anteil an der Klinikpopulation 1982 beträgt 2,8%. Innerhalb des Untersuchungsgutes dieser Arbeit beläuft sich der Anteil auf 7,2%.

Im Rahmen der Hauptdiagnosengruppe III nehmen die 55 Patienten einen Anteil von 19% ein.

4.12.2 Geschlechtsverteilung (Abb.46, Tab.3)

In der Diagnosengruppe 12 sind 40% der Patienten männlichen Geschlechtes, 60% sind weiblichen Geschlechtes. Ein Frauenübergewicht, entsprechend der Relation 1 : 1,5, steht in deutlichem Gegensatz zur Männerüberzahl in der Hauptgruppe III ($m : f = 1,4 : 1$).

4.12.3 Altersverteilung (Abb.45, Abb.46, Tab.4)

Die Altersverteilungskurve der Diagnosengruppe reicht, bei einem Altersdurchschnitt von 36,0 Jahren, vom 15. bis zum 74. Lebensjahr. Sie beschreibt dabei einen Gipfel zwischen 25 und 29 Jahren; 25% der Patienten gehören dieser Altersstufe an. Die übrigen Altersklassen sind, bis zu einem Alter von 59 Jahren, eher gleichmäßig besetzt; lediglich 1 Patient ist älter als 60 Jahre.

Im Vergleich unserer 13 Diagnosengruppen nimmt das durchschnittliche Gruppenalter von 36,0 Jahren einen mittleren Rang ein. Es liegt nur geringfügig unter dem der Hauptdiagnosengruppe III (37,2 Jahre).

Getrennt nach Geschlecht, ergeben sich Verteilungen wie folgt:

Die Männer weisen ein durchschnittliches Alter von 30,9 Jahren auf und sind somit im Schnitt deutlich jünger als die Frauen (39,4 Jahre). Das Verteilungsbild der Männer läßt dabei ein Häufigkeitsmaximum (36,4%) zwischen 25 und 29

Jahren erkennen. Insgesamt sind 68% der Männer jünger als 30 Jahre; 23% sind 40 Jahre und älter.

Die Verteilungskurve der Frauen beschreibt einen flacheren Gipfel (18% der Frauen) zwischen 25 und 29 Jahren; die übrigen Frauen verteilen sich gleichmäßig auf die Altersstufen von 20 bis 59 Jahren. Nur jeweils eine Patientin ist jünger als 20 bzw. älter als 60 Jahre.

4.12.4 Aufenthaltsdauer (Abb.47, Tab.5)

Die Aufenthaltsdauer reicht von 1 Tag bis zu 11 Wochen. Ein Häufigkeitsgipfel (40% der Patienten) läßt sich in der 1. Aufenthaltswoche erkennen. Lediglich 9% der Patienten blieben länger als 7 Wochen in stationärer Behandlung. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 24,2 Tagen liegt, bezüglich des Aufenthalts, im Mittelbereich der zu vergleichenden Diagnosengruppen und ist um 3,0 Tage länger als der Durchschnittswert der Hauptdiagnosengruppe III (21,2 Tage). Männer verzeichnen, mit 19,0 Tagen, im Schnitt eine deutlich kürzere Verweildauer als die Frauen (27,7 Tage).

4.12.5 Psychosoziale Beeinträchtigung (vgl. GAS-Verteilung Abb. 48, Tab.6)

Nach Maßgabe der GAS-Verteilung erkennen wir bei Aufnahme die Mehrzahl der Patienten (64%) in einem PSB-Bereich zwischen 41 und 60 Punkten. In 15% der Fälle sehen wir Aufnahmewerte unter 41 Punkten; in 22% Werte über 60 Punkten. Die durchschnittliche PSB-Bewertung entspricht bei Aufnahme 49,2 Punkten und liegt nur unwesentlich über dem Wert der Hauptdiagnosengruppe III (48,5 Punkten).

Zum Zeitpunkt der Entlassung erreicht die Diagnosengruppe durchschnittlich 61,7 Punkte (vgl. 68,6 Punkte in der Hauptgruppe III). 62% der Patienten erfahren jetzt eine Einstufung von größer 60 Punkten; lediglich 9% der Patienten verbleiben unter 51 Punkten.

Wir errechnen eine durchschnittliche Verbesserung des psychosozialen Befindens um 12,5 Skalenstufen. Diese liegt damit

etwas unter der Verbesserung in der Hauptgruppe III (15,2 Punkte) und nimmt dabei im Diagnosengruppenvergleich einen Mittelrang ein.

4.12.6 Symptomatik (Tab.19, Tab.24)

a) Psychischer Befund

Bewußtseinsstörungen sehen wir, ähnlich der Hauptgruppe III, nur vereinzelt; 4% der Patienten zeigen, leichte und mittlere, Bewußtseinsstörung; mittlere Bewußtseinseinkengung sehen wir nur in 1 Fall.

Orientierungsstörungen, situativer Art, beobachten wir bei 1 Patienten, in leichter Form.

Aufmerksamkeit- u. Gedächtnisstörungen entsprechen, in Häufigkeit und Ausprägung, ungefähr dem Symptombild der Hauptgruppe III; Konzentrationsstörungen, in allen Schweregraden, stehen dabei, mit 44%, eindeutig im Vordergrund. Daneben sehen wir Merkfähigkeitsstörungen, leichter und mittlerer Ausprägung, in 16% der Fälle. Etwas seltener sind leichte bis mittelgradige Auffassungs- (9%) sowie Gedächtnisstörungen (7%).

Formale Denkstörungen finden sich, in leichter und mittlerer Ausprägung, vergleichsweise häufig; umständliches Denken erkennen wir bei 24% der Patienten und damit häufiger als in der Hauptgruppe III (14%). 22% der Patienten wirken eingeengt, in 2 Fällen in schwerer Form (vgl. Hauptgruppe III: 11%). Die Merkmale Grübeln (20% gegenüber 8% in der Hauptgruppe III) sowie, teils stark, verlangsamtes Denken (18%), zeigen ebenfalls relativ viele Patienten. Weitere 7% perseverieren leicht. Seltener Symptome sind Gedankendrängen, Ideenflüchtigkeit und Vorbeireden (je 4%).

An **Befürchtungen u. Zwängen** lassen 16% der Patienten, meist leichtes, Mißtrauen erkennen; leicht ausgeprägte, Hypochon-

drie beobachten wir, mit 3%, in ähnlich geringer Häufigkeit wie in der Hauptgruppe III. Andere Symptome sind auf Einzelfälle beschränkt.

Wahnsymptome treten, wenngleich etwas häufiger als in der Hauptgruppe III, nur vereinzelt auf; bei jeweils 4% der Patienten stellen wir mittlere und schwere Wahngedanken, ferner leichten bis mittleren Beeinträchtigungs- bzw. Verfolgungswahn fest. Wahnwahrnehmungen, Wahneinfälle sowie Beziehungswahn sehen wir, in mittlerer Ausprägung, jeweils einmal (2%). Ebenfalls 1 Patient zeigt schweren Eifersuchtswahn.

Auch **Sinnestäuschungen** sind auf Einzelfälle beschränkt. 1 Patient schildert starke optische Halluzinationen; leichte und mittlere Körperhalluzinationen sind in 2 Fällen beschrieben.

Leichte Ich - Störungen zeigt 1 Patient, in Form von Derealisation.

Störungen der Affektivität finden sich fast ausnahmslos in leichter und mittlerer Ausprägung.

55% der Patienten sind deprimiert; 42% geben, etwas häufiger als in der Hauptgruppe III (34%), innere Unruhe an. Ängstlichkeit beobachten wir in 36% der Fälle. Ebenfalls häufiger als in der Hauptgruppe III wirken 35% der Patienten (gegenüber 18% in der Hauptgruppe III) klagsam/jammerig. Darüberhinaus erkennen wir, in 24% der Fälle, Insuffizienzgefühle sowie Dysphorie (vgl. in der Hauptgruppe III 18% bzw. 13%). Weitere 18% der Patienten berichten über Hoffnungslosigkeit, 16% erscheinen gereizt, 13% sind affektlabil. Bei 9% der Patienten stellen wir leichte Schuldgefühle fest; jeweils 7% zeigen Affektstörungen im Sinne von Ambivalenz oder gesteigertem Selbstwertgefühl. Andere Merkmale sind selten.

Antriebs- u. psychomotorische Störungen: Relativ oft (31%) findet sich Antriebsarmut, in meist leichter, selten in

schwerer Ausprägung; Dieses Symptom tritt fast 3 mal so häufig wie in der Hauptgruppe III in Erscheinung (vgl. Hauptgruppe III: 11%). Auch theatralisches Verhalten (18%) zählen wir doppelt so häufig wie in der Hauptgruppe III (vgl. 9%). Motorische Unruhe (leicht und mittelstark) zeigen 16% der Patienten; andere Symptome sind seltener.

Circadiane Besonderheiten beobachten wir kaum. Lediglich 5% der Patienten fühlen sich morgens schlechter; 1 Patient (2%) gibt abendliche Besserung an.

Unter den **anderen psychischen Störungen** fällt häufig Mangel an Krankheitseinsicht (35% der Fälle in leichter bis schwerer Form) auf. Bei 27% erkennen wir, meist mittelstarken, sozialen Rückzug. Suizidalität beobachten wir, wie schon in der Hauptdiagnosengruppe III (vgl. 10%), in nur 7% der Fälle, relativ selten (leichte und mittlere Ausprägung). Gleiches gilt für Ablehnung der Behandlung (7%). Weitere, leichtere Symptome sind Selbstbeschädigung (7%) sowie soziale Umtriebigkeit (4%).

b) Somatischer Befund

Über alle Ausprägungen von **Schlaf- u. Vigilanzstörungen** berichten die Patienten deutlich häufiger als in der Hauptgruppe III. Am meisten genannt werden, mittlere bis schwere, Durchschlafstörungen (49%), gefolgt von Einschlafstörungen bei 42% der Patienten (vgl. in der Hauptgruppe III 28% bzw. 29%). Mittelschwere Verkürzung der Schlafdauer sehen wir bei 27% der Patienten; Müdigkeit zeigen, in allen Ausprägungen, 24% (gegenüber 8% in der Hauptgruppe III). Seltener ist Früherwachen (5%).

Appetenzstörungen: In 29% der Fälle findet sich leicht bis schwer verminderter Appetit; in 15% ist die Sexualität, mittel bis stark, reduziert; andere Symptome sind seltener.

Gastro - intestinale Störungen beobachten wir in etwas

geringerer Häufigkeit als in der Hauptgruppe III; lediglich das Symptom Obstipation (15%) tritt, in mittlerer und schwerer Ausprägung, öfter auf. Diarrhoe sehen wir bei 11% der Patienten. Die Beschwerden Erbrechen (9%), Magenbeschwerden (7%) und Übelkeit (5%) sind, in leichter und mittlerer Ausprägung, in der Hauptgruppe III deutlich häufiger vertreten (vgl. 19%, 12% bzw. 20%). Andere Symptome sind selten.

Kardio - respiratorische Störungen sehen wir kaum. Überwiegend leichter Schwindel, in 11% der Fälle, sowie Herzklopfen, in 7% der Fälle, sind hier erwähnenswert.

Andere vegetative Störungen kommen vor allem in Form von, leicht bis mittelstark, vermehrtem Schwitzen vor; mit 33% sehen wir dieses Symptom hier seltener als in der Hauptgruppe III (vgl. 50%). Miktions- bzw. Menstruationsstörungen beobachten wir nur vereinzelt.

Weitere Störungen sind mittel bis starker Kopfdruck (18%) sowie, überwiegend mittel ausgeprägte, Rückenbeschwerden (9%).

Neurologische Störungen: Leichter bis mittelstarker Tremor findet sich in nur 9% der Fälle (vgl. 37% in der Hauptgruppe III); andere Auffälligkeiten neurologischer Ursache sind auf Einzelfälle beschränkt.

Bei 2 Patienten (4%) sind cerebrale Krampfanfälle beschrieben.

4.13 Diagnosengruppe 13: Alkohol- und Drogenpsychosen

4.13.1 Häufigkeit (Tab.1)

Im Beobachtungszeitraum 1982 kamen 64 Patienten aufgrund Alkohol- oder Drogenpsychosen zur stationären Aufnahme. Ihr Anteil an der gesamten Klinikpopulation beträgt 3,3%. Im Patientengut dieser Untersuchung entspricht dies einem Anteil von 8,3%.

4.13.2 Geschlechtsverteilung (Abb.50, Tab.3)

Die Diagnosengruppe setzt sich zu 67% aus Männern sowie zu 33% aus Frauen zusammen. In Relation gesetzt, sehen wir 1982 doppelt so viele Männer wie Frauen mit Alkohol- bzw. Drogenpsychosen.

4.13.3 Altersverteilung (Abb.49, Abb.50, Tab.4)

Die Altersverteilung der Patienten erstreckt sich vom 20. bis zum 64. Lebensjahr. Die Verteilungskurve läßt dabei einen Häufigkeitsgipfel (22% der Fälle) zwischen dem 35. und 39. Lebensjahr erkennen und fällt nach beiden Seiten hin gleichsinnig ab. Einen kleinen Kurvenanstieg (11% der Patienten) erkennen wir noch zwischen 55 und 59 Jahren. 8% der Patienten sind jünger als 25 Jahre; 19% sind 50 Jahre und älter. Das durchschnittliche Gruppenalter von 38,8 Jahren ist das 3. höchste aller 13 Diagnosengruppen.

Trennen wir die Altersverteilung nach Geschlecht auf, erhalten wir folgendes Bild: Die Männer zeigen, bei einem durchschnittlichen Alter von 37,2 Jahren, einen leicht nach links verschobenen Verteilungsgipfel. 65% der männlichen Patienten sind dabei jünger als 40 Jahre, 12% jünger als 25 Jahre. Die Frauen, mit einem durchschnittlichen Alter von 41,9 Jahren, verteilen sich eher gleichmäßig auf Altersstufen zwischen 25 und 59 Jahren. Die größeren Häufigkeiten erkennen wir dabei zwischen 40 und 44 bzw. zwischen 55 und 59 Jahren (jeweils 24%); keine der Frauen ist jünger als 25 Jahre.

4.13.4 Aufenthaltsverteilung (Abb.51, Tab.5)

Der Aufenthalt beträgt zwischen weniger als 1 und maximal 11 Wochen. Die Verteilungskurve erreicht ein Maximum in der 3. Aufenthaltswoche (27% der Patienten), um dann rasch abzufallen. Nach 4 Wochen sind bereits 75% der Patienten entlassen. Eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 23,5 Tagen (Männer 23,8 Tage; Frauen 22,8 Tage) gehört, im Vergleich mit den anderen Diagnosengruppen, zu den kürzeren Verweilzeiten.

4.13.5 Psychosoziale Beeinträchtigung (vgl. GAS-Verteilung

Abb.52, Tab.6)

Entsprechend einem durchschnittlichen PSB-Wert von 33,2 Punkten, weisen die "Alkohol- bzw. Drogenpsychosen" mit Abstand den geringsten Aufnahmewert aller 13 Diagnosengruppen auf. 80% der Patienten blieben bei Aufnahme unter 41 Punkten; 27% erreichten lediglich Werte zwischen 21 und 30 Punkten. Zum Zeitpunkt der Entlassung erkennen wir eine deutliche Verbesserung der psychosozialen Leistungsfähigkeit, entsprechend einem neuen Durchschnitt von 61,2 Punkten. Die Verteilung zeigt jetzt einen Gipfel (42% der Patienten) zwischen 61 und 70 Punkten; lediglich 9% blieben bei Entlassung unter 51 Punkten. 1 Patient verschlechterte sich auf einen Wert unter 21 Punkten.

Die mittlere Verbesserung des psychosozialen Befundes um 30,0 Skalenstufen ist die größte aller 13 Diagnosengruppen. 80% der Patienten erzielten eine Verbesserung um mehr als 20 Punkte, 56% um mehr als 30 Punkte.

4.13.6 Symptomatik (Tab.20)

a) Psychischer Befund

Bewußtseinsstörungen sind häufiger als in den anderen Diagnosengruppen. Jeweils 12% der Patienten zeigen Bewußtseinseinengung, in allen Schweregraden, sowie leichte Bewußtseinstrübung. Geringfügige Bewußtseinsverminderung beobachten wir in 6% der Fälle.

Auch **Orientierungsstörungen** treten, in allen Ausprägungen, vergleichsweise häufig auf. So sind 27% der Patienten zeitlich schwer desorientiert; 22% erscheinen, teils schwer, örtlich desorientiert. Situative Orientierungsstörungen finden sich bei 17% der Patienten; in 1 Fall erkennen wir leichte Desorientierung über die eigene Person.

Aufmerksamkeits- u. Gedächtnisstörungen finden sich weit-
aus häufiger als in den anderen Diagnosengruppen, dabei
überwiegend in leichter und mittlerer Ausprägung. 72% der
Patienten geben Konzentrationsstörungen an (vgl. z.B. Haupt-
gruppe I, 21%); 44% zeigen Merkfähigkeitsstörungen.
Auffassungs- und Gedächtnisstörungen beobachten wir in 42%
bzw. 44% der Fälle. 6% der Patienten konfabulieren.

An **formalen Denkstörungen** sehen wir am häufigsten ver-
langsamtes Denken (34%), in leichter und mittlerer Ausprä-
gung. Eingeengtes Denken findet sich bei 22% der Patienten.
Häufigere Symptome, meist mittlerer, seltener schwerer Aus-
prägung, sind Umständlichkeit (17%), inkohärent/zerfahrenes
Denken (14%), ferner Vorbeireden (12%). 9% der Patienten per-
severieren, in leichter bis schwerer Form. Andere Störungen
sind selten.

Befürchtungen und Zwänge sehen wir in 20% der Fälle
lediglich als, mittleres bis starkes, Mißtrauen.

Wahnsymptomatik beobachten wir, einzig in dieser Gruppe,
recht häufig. 36% der Patienten zeigen mittleren oder schwe-
ren Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn; in 31% der Fälle
kommen, meist mittelstarke, Wahngedanken vor. Weitere häufige
Merkmale sind Beziehungswahn (20%) und Wahndynamik (19%);
beide sehen wir in allen Ausprägungen. Bei jeweils 11% der
Patienten finden sich Wahnstimmung und Wahneinfälle (alle
Ausprägungen). Über Wahnwahrnehmungen berichten 8% der Patien-
ten. Seltener sehen wir systematischen Wahn oder andere
Wahnhalte (je 6%), in allen Schweregraden. Andere Wahn-
symptomatik tritt nur vereinzelt auf.

Unter den **Sinnestäuschungen** überwiegen alle Ausprägungen von optischen Halluzinationen (44%) bzw. Stimmenhören (39%). Andere, mittelstarke, akustische Halluzinationen schildern 22% der Patienten; leichtere und mittlere Illusionen geben 12% an. Geruchs- und Geschmackshalluzinationen treten jeweils nur einmal auf.

Ich - Störungen: In jeweils 6% der Fälle erkennen wir alle Schweregrade von Derealisation bzw. Fremdbeeinflussungserlebnissen. Jeweils 3% der Patienten schildern Depersonalisation oder Gedankeneingebung, in leichter Ausprägung. Lediglich 1 Patient klagt über mittelstarken Gedankenentzug.

Störungen der Affektivität: In der Mehrzahl der Fälle (61%) klagen die Patienten über, mittlere bis starke, innere Unruhe; 58% zeigen alle Ausprägungen von Ängstlichkeit. Das Symptom deprimiert sehen wir in dieser Diagnosengruppe, in meist mittlerer Ausprägung, nur bei 33% der Patienten. Darüber hinaus sind die Patienten, in 22% der Fälle, leicht bis mittelstark gereizt, ferner, in 20%, affektlabil. In einem vergleichsweise hohen Prozentsatz (19%) finden wir außerdem das Symptom Ratlosigkeit (meist leichte und mittlere Ausprägung). Andere affektive Merkmale sind klagsam/jammerig (9%), Störungen der Vitalgefühle (9%) sowie Euphorie, in 8% der Fälle. Die übrigen Affektstörungen sind seltener.

Antriebs- u. psychomotorische Störungen treten häufig auf. Mehr als die Hälfte der Patienten (53%) wirkt, teils schwer, motorisch unruhig; 25% erscheinen, leicht bis mittelgradig, antriebsgesteigert. Das Symptom Antriebsarmut notieren wir bei 17% der Patienten. Weiter stellen wir, in jeweils 8% der Fälle, Theatralik und Logorrhoe fest. Andere Störungen sind selten.

Circadiane Besonderheiten sehen wir kaum.

Andere psychische Störungen: Die Patienten dieser Diagno-

sengruppe zeigen insgesamt ein geringes Krankheitsbewußtsein; in 48% der Fälle beobachten wir, teils starken, Mangel an Krankheitseinsicht. 31% demonstrieren, überwiegend starken, Mangel an Krankheitsgefühl; 16% der Patienten lehnen zudem die Behandlung ab. Ein weiteres, recht oft beschriebenes Symptom ist sozialer Rückzug (30%, in allen Schweregraden). 9% der psychotischen Patienten wirken leicht oder schwer suizidal; 8% erscheinen, in leichter und mittlerer Form, pflegebedürftig. Soziale Umtriebigkeit (5%) und Aggressivität (6%) sind seltenere Merkmale.

b) Somatischer Befund

Schlaf- u. Vigilanzstörungen: Durchschlafstörungen finden wir, in 47% der Fälle, recht häufig; 36% der Patienten zeigen Einschlafstörungen (mittlere und starke Ausprägung). Über Verkürzung der Schlafdauer berichten 31%, über Früherwachen 12% der Patienten (alle Schweregrade). Müdigkeit tritt, in 9% der Fälle, weniger häufig auf.

Appetenzstörungen sehen wir vor allem in Form von mittelstark vermindertem Appetit (33%). Andere Störungen kommen kaum vor.

Unter den **gastro - intestinalen Störungen** stellen wir am häufigsten, meist mittelstarke, Übelkeit (23%) sowie Erbrechen (19%) fest. Über leichte und schwere Magenbeschwerden klagen zudem 14% der Patienten.

Andere gastro-intestinale Störungen sind selten.

Kardio - respiratorische Störungen beobachten wir in leichter und mittlerer Ausprägung. Dabei finden wir Herzklopfen in 11%, Schwindel in 9% der Fälle. Atembeschwerden sowie Herzdruck geben jeweils 5% der Patienten an.

Andere vegetative Störungen: In 58% der Fälle erkennen wir alle Ausprägungen von vermehrtem Schwitzen; dies ist die höchste Rate aller 13 Diagnosengruppen. Seborrhoe und Men-

struationsstörungen sehen wir dagegen nur in Einzelfällen.

Weitere Störungen sind, in leichter und mittlerer Ausprägung, Hitzegefühl (11%), Kopfdruck und Frösteln (jeweils 9%). Andere sind selten.

Neurologische Störungen manifestieren sich vergleichsweise häufig. So zeigen 58% der Patienten, leichten und mittelschweren, Tremor; 11% lassen, in ähnlicher Ausprägung, Ataxie erkennen. Leicht und stark ausgeprägte Parästhesien weisen wir in 5% der Fälle nach; bei 4% der Patienten sehen wir erniedrigten Muskeltonus bzw. pathologischen Nystagmus. Andere neurologische Störungen sind seltener.

Seitendifferenzen treten bei 3% der Patienten auf. In 11% sind cerebrale Krampfanfälle beschrieben (jüngere Vergangenheit).

4.14 Übrige Diagnosen (vgl. Tab. 21)

4.14.1 Häufigkeit (Tab.1)

Im Beobachtungszeitraum 1982 fallen unter den Überbegriff "Übrige Diagnosen" 28 Patienten (nähere Beschreibung der 3- und 4-stelligen Diagnosekategorien vgl. Tab.1). Dies entspricht einem Anteil von 1,4% an der Klinikpopulation 1982. Innerhalb der 767 Patienten, die Gegenstand dieser Arbeit sind, ist das ein Anteil von 3,7%.

4.14.2 Geschlechtsverteilung

Die Gruppe "Übrige Diagnosen" besteht aus 19 Männer sowie 9 Frauen. Wir zählen also etwas mehr als doppelt so viele männliche wie weibliche Patienten ($m : f = 2,1 : 1$).

4.14.3 Altersverteilung

Das durchschnittliche Alter in dieser Restgruppe beträgt 31,0 Jahre, bei einer Streubreite zwischen 15 und 64 Jahren. Die Altersverteilung zeigt ihr Häufigkeitsmaximum (39% der Patienten) zwischen 20 und 24 Jahren. Die Mehrheit der Patienten (61%) ist zwischen 20 und 29 Jahren alt.

Die Männerverteilung ergibt, bei einem Häufigkeitsmaximum zwischen 20 und 24 Jahren (53% der Männer), ein Durchschnittsalter von 27,0 Jahren.

Die Frauen dieser Gruppe sind, mit durchschnittlich 39,1 Jahren, deutlich älter als die Männer. Sie verteilen sich dabei, in etwa gleichmäßig, auf die Altersstufen zwischen 20 und 64 Jahren.

4.14.4 Aufenthaltsdauer

Die Patienten mit "Übrigen Diagnosen" verblieben im Schnitt 29,5 Tage in stationärer Behandlung. Der kürzeste Aufenthalt dauerte weniger als 1 Woche, der längste 29 Wochen (jeweils 1 Patient). 46% der Patienten wurden bereits nach 2 Wochen, 82% nach 6 Wochen entlassen.

Männer verbuchen, mit 21,1 Tagen, einen um mehr als die Hälfte kürzeren durchschnittlichen Aufenthalt als die Frauen (47,3 Tage).

4.14.5 Psychosoziale Beeinträchtigung

Der durchschnittliche PSB-Wert der Patienten mit "Übrigen Diagnosen" beträgt bei Aufnahme 56,7 Punkte. 36% der Patienten erfahren eine Einstufung zwischen 51 und 60 Punkten; 14% liegen bei Aufnahme unter 41 Punkten. 21% der Patienten erreichen mehr als 71 Punkte.

Zum Zeitpunkt der Entlassung errechnet sich ein durchschnittlicher PSB-Wert von 69,6 Punkten. Lediglich 2 Patienten liegen am Ende ihres stationären Aufenthalts unter 61 Punkten; 57% zeigen Werte von 70 Punkten und mehr. Die durchschnittliche Verbesserung der psychosozialen Leistungsfähigkeit entspricht 12,9 Punkten.

Somit zeigen die Patienten dieser Restgruppe bei Aufnahme eine geringere psychosoziale Beeinträchtigung als alle anderen Diagnosengruppen, verbuchen jedoch gleichzeitig, mit 12,9 Punkten, die stärkste Verbesserung der psychosozialen Leistungsfähigkeit.

4.14.6 Symptomatik (vgl. Tab.21)

Auf eine weitere Erläuterung der, tabellarisch aufgeführten, Symptommhäufigkeiten wird an dieser Stelle verzichtet.

4.15 Übersicht über die Hauptdiagnosengruppen I - III

Innerhalb der 13 beschriebenen Diagnosengruppen bilden wir 3 weitere Hauptdiagnosengruppen, die den einzelnen Diagnosengruppen als übergeordnete Vergleichsgrundlage dienen.

Hauptdiagnosengruppe I: Neurosen und längere depressive Reaktionen (vgl. Tab.2)

Die Hauptdiagnosengruppe I bilden wir aus den Diagnosengruppen "Angstneurosen und Phobien" (N = 27), "hysterische Neurosen" (N = 28), "Zwangsneurosen" (N = 8), "hypochondrische Neurosen" (N = 20), "Übrige Neurosen" (N = 18), ferner aus der Patientengruppe "neurotische Depression und längere depressive Reaktionen" (N = 100).

An den 201 Patienten der Hauptgruppe I sind die 6 Diagnosengruppen wie folgt prozentual beteiligt: Den größten Anteil nehmen die Patienten mit "neurotischer Depression bzw. längeren depressiven Reaktionen" ein; dieser beträgt 49,8%. Die Gruppe der "hysterischen Neurosen" sowie die Patienten der Gruppe "Angstneurosen und Phobien" entsprechen nahezu gleichen Anteilen von 13,9% bzw. 13,4%. "Hypochondrische Neurosen" sehen wir in 10%, "Übrige Neurosen" in 9% der Fälle; die Diagnosengruppe der "Zwangsneurosen" nimmt innerhalb der Hauptdiagnosengruppe, entsprechend 3,4%, den kleinsten Anteil ein. Der Anteil der Hauptdiagnosengruppe I am Patientengut des Jahres 1982 beträgt 10,2%. Innerhalb des Patientengutes dieser Arbeit beläuft er sich auf 26,2%.

Hauptdiagnosengruppe II: Psychogene Reaktionen (vgl.Tab.2)

Die Hauptdiagnosengruppe II besteht aus den Patienten der Diagnosengruppe "kurzdauernde depressive Reaktionen" sowie Patienten der Gruppe "Übrige Anpassungsstörungen". Diese werden schließlich ergänzt durch 7 Patienten mit der, nosologisch verwandten, Diagnose "akute Belastungsreaktionen". Die einzelnen Patientengruppen sind an der Hauptgruppe II zahlenmäßig

wie folgt beteiligt: Die 81 Patienten der Gruppe "kurz-dauernde depressive Reaktionen" nehmen den weitaus größten Anteil von 81% ein. 13 Patienten mit übrigen Anpassungsstörungen sowie 7 Fälle akuter Belastungsreaktionen entsprechen kleineren Anteilen von 12% bzw. 7%

Die 100 Patienten der Hauptdiagnosengruppe "psychogene Reaktionen" machen innerhalb der Klinikpopulation 1982 einen Anteil von 5,1% aus. Im Patientengut unserer Untersuchung entspricht dies einem Anteil von 13,0%.

Hauptdiagnosengruppe III: Alkohol-/Medikamenten-/Drogenabhängigkeit und deren Mißbrauch (vgl.Tab.2)

Die Hauptgruppe III setzt sich aus den Diagnosengruppen "Alkoholismus" sowie "Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit/ bzw - mißbrauch" zusammen. Die 235 Patienten der Diagnosengruppe "Alkoholismus" bilden dabei den größeren Anteil von 81%. Die 55 Patienten der Diagnosengruppe "Medikamenten- und Drogenabhängigkeit/ bzw. -mißbrauch" sind mit nur 19% an dieser Hauptgruppe beteiligt.

Innerhalb der Klinikpopulation 1982 nehmen die 290 Patienten der Hauptgruppe III einen Anteil von 14,7% ein. Innerhalb unseres Untersuchungsgutes beläuft sich ihr Anteil auf 37,8%.

Die Diagnosengruppen "Persönlichkeitsstörungen", "Anorexia nervosa" sowie "Alkohol- und Drogenpsychosen" bilden, aufgrund nosologischer und symptomrelevanter Überlegungen, eigene Untersuchungseinheiten und wurden bei der Bildung der Hauptdiagnosengruppen nicht mehr berücksichtigt.

4.16 Hauptdiagnosengruppe I: Neurosen und längere depressive Reaktionen

4.16.1 Häufigkeit(Tab.2)

Der Hauptdiagnosengruppe I gehören 201 Patienten an. Innerhalb der Klinikpopulation 1982 entspricht dies einem Anteil von 10,2%; innerhalb des Patientengutes dieser Arbeit 26,2%.

4.16.2 Geschlechtsverteilung (Abb.54)

Die Patienten dieser Hauptdiagnosengruppe teilen sich auf in 47% Männer und 53% Frauen. Im Unterschied zu den beiden anderen Hauptdiagnosengruppen, erkennen wir, gemäß der Relation Männer und Frauen von 1 : 1,1, eine leichte Frauenüberzahl (vgl. Hauptgruppe II, m : f = 2 : 1; Hauptgruppe III, m : f = 1,4 : 1).

4.16.3 Altersverteilung (Abb.53, Abb.54)

Das durchschnittliche Alter der Hauptdiagnosengruppe I beträgt 37,6 Jahre, wobei sich die Altersverteilungskurve vom 15. bis zum 79. Lebensjahr erstreckt. Nach steilem Anstieg (lediglich 1 Patient ist jünger als 20 Jahre) beschreibt die Verteilungskurve einen Gipfel (19% der Patienten) zwischen 20 und 24 Jahren. Etwas kleinere Kurvenanstiege erkennen wir zwischen 25 und 29 Jahren, ferner zwischen 35 und 39 Jahren (jeweils 15% der Patienten). Ab dem 40. Lebensjahr fällt die Verteilungskurve nahezu stetig ab. Die Mehrheit der Patienten (72%) ist zwischen 20 und 44 Jahre alt; lediglich 5% sind 65 Jahre und älter.

Nach Geschlecht getrennt, ergeben sich Verteilungen wie folgt: Die Männer weisen ein Durchschnittsalter von 34,7 Jahren auf und zeigen dabei ein deutliches Häufigkeitsmaximum (30% der Männer) zwischen 20 und 24 Jahren. Einen weiteren Kurvenanstieg (18%) erkennen wir zwischen 35 und 40 Jahren. Im höheren Alter (ab 55 Jahren) sind die Männer deutlich seltener vertreten als die Frauen; nur 5% der Männer weisen ein Alter von 55 Lebensjahren und mehr auf (gegenüber 19% der Frauen).

Für die Frauen errechnet sich ein etwas höheres Durchschnittsalter von 40,1 Jahren. Ihr Verteilungsmaximum sehen wir, mit 21%, zwischen 25 und 29 Jahren. Interessant ist ein weiterer Kurvenanstieg zwischen 55 und 59 Jahren; wir zählen hier 11% der Frauen. Dies entspricht der relativen Frauenüberzahl in den höheren Altersklassen (vgl. oben).

4.16.4 Aufenthaltsverteilung (Abb.55)

Wir erkennen Aufenthaltszeiten zwischen 1 Tag und 18 Wochen. Es ergibt sich eine, nach links verschobene, Verteilung, mit Maximum (20%) in der 2. Woche, die anschließend eher stetig abfällt.

Bei einem durchschnittlichen Aufenthalt von 26,5 Tagen notieren wir für die Mehrzahl der Patienten (66%) Verweilzeiten von weniger als 5 Wochen.

12% verbleiben länger als 8 Wochen; lediglich 2 Patienten sind länger als 14 Wochen in stationärer Behandlung.

Die Männer weisen mit durchschnittlich 21,7 Tagen, im Mittel, eine weitaus kürzere Aufenthaltsdauer als die Frauen (30,6 Tage) auf.

4.16.5 Psychosoziale Beeinträchtigung (vgl. GAS-Verteilung Abb.56)

Zum Zeitpunkt der Aufnahme erfahren 68% der Patienten, hinsichtlich ihrer psychosozialen Leistungsfähigkeit, eine Einstufung zwischen 41 und 60 Punkten, bei einem durchschnittlichen PSB-Wert von 50,8 Punkten. 7% der Patienten liegen bei Aufnahme unter 41 Punkten, 1 Patient unter 31 Punkten. Aufnahmewerte oberhalb 60 Punkten erreichen 21% der Patienten; 7% liegen über 70 Punkten.

Bei Entlassung verzeichnen wir ein breites Häufigkeitsmaximum zwischen 61 und 80 Punkten (64% der Patienten). 7% kommen über 80 Punkte, 25% der Patienten bleiben unter 61 Punkten. Nur 5% entsprechen am Ende ihres stationären Aufenthaltes einem Wert von weniger als 51 Punkte.

Entsprechend einem durchschnittlichen Entlassungswert von 64,5 Punkten, beträgt die durchschnittliche Verbesserung des psychosozialen Befundes 13,4 Bewertungsstufen. Lediglich 1

Patient verschlechterte sich in seinem Befinden. Im Vergleich der 3 Hauptdiagnosengruppe erkennen wir hier die niedrigste durchschnittliche Verbesserung der psychosozialen Leistungsfähigkeit (vgl. Hauptgruppe II: 17,4 Punkte; Hauptgruppe III: 15,2 Punkte).

4.16.6 Symptomatik (vgl. Tab.22)

Beschreibung der Symptomatik vgl. Seite 99 ff.

4.17 Hauptdiagnosengruppe II: Psychogene Reaktionen

4.17.1 Häufigkeit (Tab.2)

Im Beobachtungszeitraum 1982 wurden 100 Patienten mit den Diagnosen kurzdauernde depressive Reaktionen, akute Belastungsreaktionen bzw. übrige Anpassungsstörungen stationär aufgenommen. Diese bilden innerhalb der Klinikpopulation 1982 einen Anteil von 5,1%. Im Beobachtungsgut von 767 Patienten dieser Untersuchung entspricht dies einem Anteil von 13,0%.

4.17.2 Geschlechtsverteilung (Abb. 58)

Die Hauptgruppe II, "psychogene Reaktionen", besteht zu 67% aus Männern sowie zu 33% aus Frauen. Wir zählen in dieser Gruppe folglich doppelt so viele Männer wie Frauen. Im Vergleich der 3 Hauptgruppen sind die Männer hier relativ am stärksten vertreten.

4.17.3 Altersverteilung (Abb.57, Abb.58)

Die Altersverteilung der gesamten Hauptgruppe II zeigt einen nach links verschobenen Kurvenverlauf, mit deutlichem Gipfel (33% der Patienten) zwischen 20 und 24 Lebensjahren; ab dem 30. Lebensjahr fällt die Kurve langsam ab. Bei einem Durchschnittsalter von 32,0 Jahren sind 66% der Patienten jünger als 40 Jahre, 10% jünger als 20 Jahre. Lediglich 12% der Patienten sind 50 Jahre und älter.

Nach Geschlecht getrennt, ergeben sich Verteilungen wie folgt: Die Männer weisen ein deutliches Häufigkeitsmaximum zwischen 20 und 24 Jahren auf (42% der Männer); zum höheren Alter hin fällt die Kurve langsam ab. 9% der Männer sind 50 Jahre und älter; 66% sind jünger als 30 Jahre. Das Durchschnittsalter der Männer beträgt 29,7 Jahre.

Für die Frauen dieser Gruppe errechnet sich ein höheres durchschnittliches Alter von 36,6 Jahren. Wir erkennen einen leichten Kurvenanstieg zwischen 20 und 24 Jahren (18% der Frauen, gegenüber 42% der Männer); die Mehrzahl der Frauen (61%) verteilt sich eher gleichmäßig auf Altersstufen zwischen 20 und 29 Jahren. Weitere 21% der Frauen sind 50 Jahre und

älter (gegenüber nur 9% der Männer).

Unter den Hauptdiagnosengruppen stellen die "psychogenen Reaktionen", mit 31,2 Jahren, im Schnitt die jüngsten Patienten.

4.17.4 Aufenthaltsverteilung (Abb.59)

Der Aufenthalt in der Hauptdiagnosengruppe "psychogene Reaktionen" variiert zwischen 1 Tag und 15 Wochen. Die Aufenthaltsverteilungskurve zeigt ein breites Häufigkeitsmaximum in den ersten beiden Wochen (54%), um dann rasch, zur 9. Woche hin, abzufallen; 18% der Patienten verweilten länger als 4 Wochen, lediglich 1 Patient blieb, mit 15 Wochen Aufenthalt, länger als 9 Wochen in stationärer Behandlung.

Zwischen Männern und Frauen ergibt sich, hinsichtlich Ihrer Aufenthaltsdauer, kein wesentlicher Unterschied (Männer 17,8 Tage; Frauen 17,3 Tage). Der durchschnittliche Aufenthalt der gesamten Hauptgruppe von 17,7 Tagen ist der kürzeste aller 3 Hauptdiagnosengruppen.

4.17.5 Psychosoziale Beeinträchtigung (vgl. GAS-Verteilung Abb.60)

Zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme erkennen wir eine Mehrzahl der Patienten (64%), hinsichtlich ihrer psychosozialen Leistungsfähigkeit, zwischen 41 und 60 Punkten. Bei einem Gruppendurchschnitt von 51,2 Punkten, liegen nur 9% der Patienten unter 41 Punkten; 29% erfahren eine Bewertung von mehr als 60 Punkten.

Gegen Ende der stationären Behandlung verzeichnen wir einen, im Vergleich zu den beiden anderen Hauptgruppen, höchsten durchschnittlichen Entlassungswert von 68,6 Punkten. 79% der Patienten liegen jetzt auf einer Bewertungsstufe zwischen 61 und 80 Punkten. In 10% der Fälle errechnet sich ein PSB-Wert von weniger als 61 Punkten, in 11% von mehr als 80 Punkten. Die durchschnittliche Verbesserung des psychosozialen Befundes beträgt im Mittel 17,4 Skalenstufen; wir erkennen hier somit den günstigsten Krankheitsverlauf aller 3 Hauptdiagnosengruppen (vgl. PSB-Verbesserung in der Hauptgruppe I: 13,4 Punkte; in der Hauptgruppe III: 15,2 Punkte).

4.17.6 Symptomatik (vgl. Tab. 23)

Beschreibung der Symptomatik vgl. Seite 117 f.

4.18 Hauptdiagnosengruppe III: Alkohol-/Medikamenten-/Drogenabhängigkeit und deren Mißbrauch

4.18.1 Häufigkeit (vgl. Tab.2)

Im Beobachtungszeitraum 1982 wurden 290 Patienten aufgrund einer Suchterkrankung stationär aufgenommen (Drogen- und Alkoholpsychosen ausgenommen). In der Klinikpopulation 1982 beträgt ihr Anteil 14,7%. Innerhalb des Untersuchungsgutes dieser Arbeit nehmen die Patienten einen Anteil von 37,8% ein.

4.18.2 Geschlechtsverteilung (Abb.62)

Die Hauptdiagnosengruppe III besteht zu 58% aus Männern sowie zu 32% aus Frauen. Die Relation Männer zu Frauen beläuft sich somit auf 1,4 : 1.

4.18.3 Altersverteilung (Abb.61, Abb.62)

Das Durchschnittsalter der Hauptdiagnosengruppe III beträgt 37,2 Jahre, bei einer Streubreite zwischen 15 und 74 Jahren. Die Altersverteilung zeigt eine eher gleichschenkelige Aufteilung, mit Gipfel (20% der Patienten) zwischen 35 und 39 Jahren. Die Mehrzahl der Patienten (65%) weist ein Alter zwischen 25 und 44 Jahren auf. 11% der Patienten sind jünger als 25 Jahre; 24% sind 45 Jahre und älter.

Die Männer dieser Hauptgruppe sind durchschnittlich 35,5 Jahre alt. 37% der Männer bilden ein breites Häufigkeitsmaximum zwischen 25 und 34 Jahren. Im höheren Alter fällt die Verteilungskurve der Männer fast stetig ab; 49% sind älter als 34 Jahre, lediglich 3% der Patienten zeigen ein Alter von 55 Jahren und höher. Jünger als 25 Jahre sind 14% der Männer. Die Frauen sind durchschnittlich 39,5 Jahre alt. Wir erkennen einen nahezu gleichschenkeligen Verlauf der weiblichen Altersverteilungskurve mit Maximum (27% der Frauen) zwischen 35 und 40 Jahren. 86% der Frauen zeigen ein Alter zwischen 25 und 54

Jahren; weitere 6% sind jünger als 25 Jahre, 8% älter als 54 Jahre.

4.18.4 Aufenthaltsverteilung (Abb.63)

Der durchschnittliche Aufenthalt in der Hauptdiagnosengruppe III beträgt 21,2 Tage und variiert dabei zwischen 1 Tag und 12 Wochen.

Die Mehrzahl der Patienten (76%) wurde innerhalb von 4 Wochen entlassen; nur 4% blieben länger als 8 Wochen in stationärer Behandlung. Männer weisen im Durchschnitt, mit 19,3 Tagen, einen etwas kürzeren Aufenthalt als die Frauen (23,8 Tage) auf.

4.18.5 Psychosoziale Beeinträchtigung (vgl. GAS-Verteilung Abb. 64)

Zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme errechnet sich für die Hauptdiagnosengruppe III eine durchschnittliche Bewertung der PSB von 48,5 Punkten. Die Verteilung zeigt die größte Häufigkeit, mit 39% der Patienten, zwischen 41 und 50 Punkten. Bei 13% der Patienten ergibt sich bei Aufnahme eine psychosoziale Beeinträchtigung entsprechend weniger als 41 Punkten; 17% erreichen Werte von 61 Punkten und mehr.

Nach Entlassung verschiebt sich das Häufigkeitsmaximum, mit 38% der Patienten, auf die Stufe zwischen 61 und 70 Punkten. Lediglich 3% der Patienten liegen unter 51 Punkten; 5% zeigen eine Entlassungsbewertung von größer 81 Punkten.

Der durchschnittliche PSB-Wert beträgt bei Entlassung 63,7 Punkte und entspricht einer durchschnittlichen Verbesserung der psychosozialen Leistungsfähigkeit um 15,2 Punkte.

Im Vergleich der 3 Hauptdiagnosengruppen ist dies ein mittlerer Rang.

4.18.6 Symptomatik (vgl. Tab.24)

Beschreibung der Symptomatik vgl. Seite 128 f.

5. Vergleich der Diagnosen- und Hauptdiagnosengruppen, unter besonderer Berücksichtigung vergleichbarer Untersuchungsergebnisse aus dem Jahr 1978, basierend auf der ICD-8 (vgl. Tab.7)

Von den 1973 Patienten des Jahres 1982 sind 767 Patienten Gegenstand unserer Untersuchung. Unter nosologischen Gesichtspunkten bildeten wir daraus 13 Diagnosengruppen (vgl. Seite 10 f), deren demographische sowie psychopathologische Daten wir im Ergebnisteil ausführlich beschrieben.

Im folgenden Abschnitt legen wir besonderen Wert auf einen Vergleich der Diagnosengruppen untereinander, hinsichtlich charakteristischer Häufigkeitsunterschiede einzelner Symptome; wir versuchen der Frage nachzugehen, inwieweit sich einzelne Diagnosengruppen durch evtl. vorhandene Symptomprofile voneinander abgrenzen lassen.

Darüber hinaus vergleichen wir, soweit möglich, einzelne Diagnosengruppen mit Symptommhäufigkeiten, die 1978 an vergleichbaren Patientengruppen, basierend auf der ICD-8, erhoben wurden (vgl. Ditz, 1983).

Wir betrachten nacheinander jede der 13 Diagnosengruppen unter obigen Gesichtspunkten; dabei fassen wir 10 der 13 Diagnosengruppen zu weiteren 3 Hauptgruppen (vgl. Ergebnisteil) zusammen, deren Diagnosengruppen wir hinsichtlich Demographie, PSB-Bewertung und Symptomatik nochmals in direkten Vergleich setzen.

Die Diagnosengruppen 9,10 und 13 gehören keiner Hauptdiagnosengruppe an und werden lediglich einzeln behandelt.

Hauptdiagnosengruppe I: Neurosen und längere depressive Reaktionen

- Diagnosengruppe 1: Angstneurosen und Phobien
- Diagnosengruppe 2: Hysterische Neurosen
- Diagnosengruppe 3: Zwangsneurosen
- Diagnosengruppe 4: Hypochondrische Neurosen
- Diagnosengruppe 5: Übrige Neurosen

Diagnosengruppe 6: Neurotische Depression u. längere depr. Reaktionen

Hauptdiagnosengruppe II: Psychogene Reaktionen

Diagnosengruppe 7: Kurzdauernde depressive Reaktionen

Diagnosengruppe 8: Übrige Anpassungsstörungen (incl. ICD-Nr. 308)

Diagnosengruppe 9: Persönlichkeitsstörungen

Diagnosengruppe 10: Anorexia nervosa

Hauptdiagnosengruppe III: Alkohol-/ Medikamenten-/ Drogen-
abhängigkeit und Mißbrauch (N = 290)

Diagnosengruppe 11: Alkoholismus

Diagnosengruppe 12: Medikamenten- und Drogenabhängigkeit/
bzw. -mißbrauch

Diagnosengruppe 13: Alkohol- und Drogenpsychosen

An dieser Stelle nicht mehr genannt werden Symptome, die hinsichtlich ihrer Häufigkeit keine Spezifität aufweisen. Vergleiche der einzelnen Neurosen (Diagnosengruppen 1-5) mit Ergebnissen aus dem Jahr 1978 sind im einzelnen nicht möglich, da 1978 alle Neurosen zu einer Gruppe "Übrige Neurosen" zusammengefasst wurden.

Hauptdiagnosengruppe I: Neurosen und längere depressive Reaktionen

Der Hauptdiagnosengruppe I gehören 201 Patienten mit den Diagnosen Angstneurosen oder Phobien, hysterische Neurosen, Zwangsneurosen, hypochondrische Neurosen, mit übrigen Neurosen oder neurotischer Depression bzw. längeren depressiven Reaktionen an. Deren Anteil an der Klinikpopulation 1982 beträgt 10,2%. Im Beobachtungsgut dieser Arbeit entspricht dies einem Anteil von 26,7%.

1) Angstneurosen und Phobien

Die 27 Patienten der Diagnosengruppe "Angstneurosen und Phobien" teilen sich auf in 41% Männer sowie 59% Frauen. Das durchschnittliche Alter beträgt 37,6 Jahre; die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 27,5 Tage. Bei Aufnahme erkennen wir einen durchschnittlichen PSB-Wert von 50,6 Punkten; bei Entlassung errechnen sich 60,2 Punkte.

Im Vordergrund der Symptomatik stehen eindeutig Befürchtungen sowie Störungen der Affektivität. Unter dem Aspekt charakteristischer Häufigkeiten betrachten wir zuerst die Befundkategorie Befürchtungen und Zwänge. Phobien sehen wir hier bei 37% der Patienten, überwiegend in mittlerer bis schwerer Ausprägung. Noch häufiger erkennen wir n. wahnh. Hypochondrie, in 41% der Fälle, meist in mittlerer Ausprägung. Beide Symptome kommen im Diagnosengruppenvergleich überdurchschnittlich häufig vor. Während Phobien maximal häufig auftreten (lediglich die Zwangsneurosen kommen, mit 25%, diesem Wert am nächsten), sehen wir das Symptom n. wahnh. Hypochondrie lediglich bei den "hypochondrischen Neurosen" (85%) häufiger.

Im Rahmen der Störungen der Affektivität findet sich am häufigsten Ängstlichkeit, in 85% der Fälle; im Vergleich der Diagnosengruppen weisen die "Angstneurosen und Phobien" damit deutlich den höchsten Prozentsatz an Ängstlichkeit auf. Darüber hinaus tritt dieses Symptom einzig in dieser Gruppe häufiger auf als das ebenfalls recht oft beobachtete Merkmal

deprimiert (78%). Unter den übrigen Affektstörungen sehen wir außerdem das Symptom Ambivalenz in überdurchschnittlichem Ausmaß; mit 22% notieren wir in dieser Gruppe knapp die höchste Rate dieser Affektstörung.

Unter den Antriebs- und psychomotorischen Störungen sehen wir leichte und mittlere Antriebsarmut in 33% der Fälle und damit innerhalb der 13 Diagnosengruppen am häufigsten. Auch die relativ hohe Zahl motorisch-unruhiger Patienten nimmt, mit 30%, im Vergleich der Diagnosengruppen einen Spitzenplatz ein (vgl. Hauptgruppe I 19%; Hauptgruppe II 11%).

48% der Patienten zeigen sozialen Rückzug, und damit häufiger als in den meisten anderen Diagnosengruppen. Andere psychische Auffälligkeiten treten in eher durchschnittlicher Häufigkeit auf. Betrachten wir das Ausmaß somatischer Störungen im Vergleich, erkennen wir, neben recht ausgeprägten Schlaf- und Vigilanzbeschwerden, das Symptom verminderter Appetit, mit 44%, als das meist genannte aller Diagnosengruppen (die Diagnosengruppen "Alkoholismus" und "hypochondrische Neurosen" kommen, mit jeweils 35%, diesem Wert noch am nächsten).

Kardio-respiratorische Störungen schildern Patienten mit Angstneurosen oder Phobien deutlich am häufigsten. Vor allem Herzklopfen (30%), aber auch Atembeschwerden (19%) sehen wir mindestens doppelt so zahlreich als in allen anderen 12 Diagnosengruppen. Schwindel und Herzdruck zeigen, mit 26% bzw. 29%, im Gruppenvergleich ebenfalls überdurchschnittlich häufiges Auftreten. Lediglich die Gruppe der "hypochondrischen Neurosen" ist in der Häufigkeit somatischer Störungen mit dieser Gruppe vergleichbar.

Zusammenfassung: Für die Diagnosengruppe "Angstneurosen und Phobien" können wir innerhalb unserer Vergleichsgruppen durchaus ein eigenes Symptomprofil erkennen. Wir beobachten stärkste Häufigkeiten der Symptome Ängstlichkeit, Phobien, sozialer Rückzug und verminderter Antrieb; zusammen mit überdurchschnittlich zahlreich auftretenden psychopathologischen Merkmalen wie n. wahnh. Hypochondrie, motorische Unruhe, aber auch Ambivalenz.

Diese psychische Symptomkonstellation läßt sich durch überdurchschnittlich häufige Schlaf-u. Vigilanzstörungen, kardiorespiratorische Störungen, oft kombiniert mit vermindertem Appetit, ergänzen.

Bezüglich Vergleichsergebnissen aus dem Jahr 1978 verweisen wir auf die vergleichende Gesamtbetrachtung der Hauptgruppe I (Seite 111 ff.), da 1978, mit Ausnahme der depr. Neurosen, eine einzige Diagnosengruppe für alle Neurosen gebildet wurde.

2) Hysterische Neurosen

Wir zählen in der Diagnosengruppe "hysterische Neurosen" 28 Patienten, davon 36% Männer und 64% Frauen. Das Durchschnittsalter beträgt 40,3 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 25,6 Tage. Bei Aufnahme verzeichnen wir einen durchschnittlichen PSB-Wert entsprechend 53,2 Punkten; bei Entlassung sind es 64,9 Punkte.

Betrachten wir die Symptomatik der Gruppe "hysterische Neurosen" im Vergleich mit den anderen 12 Diagnosengruppen, erkennen wir unter den Affektstörungen lediglich klagsam/jammerigen Affekt in überdurchschnittlich großer Häufigkeit. 50% der Patienten zeigen dieses Symptom, in meist mittlerer oder schwerer Ausprägung; lediglich die "hypochondrischen Neurosen" bieten dieses Merkmal, mit 55%, häufiger. Auf Affektlabilität sei noch hingewiesen; ein Symptom, für das wir, mit 4%, die geringste Häufigkeit aller Diagnosengruppen notieren.

Überdurchschnittlich häufig beobachten wir unter den Antriebs- und psychomotorischen Störungen Logorrhoe (21%, in allen Ausprägungen); lediglich die Gruppe "Anorexia nervosa" zeigt dieses Symptom, mit 25%, häufiger. Unter den anderen psychischen Störungen fällt, im Diagnosengruppenvergleich, eine sehr geringe Rate an sozialem Rückzug auf; nur 3% der Patienten zeigen dieses Merkmal (vgl. 32% in der Hauptgruppe I bzw. 18% in der Hauptgruppe II). Alle anderen, nicht genannten, psychischen Auffälligkeiten kommen in eher durchschnittlicher Häufigkeit vor.

Innerhalb der somatischen Beschwerden fällt v.a. die hohe Rate an Konversionssymptomen auf. Mit 43%, zur Hälfte in schwerer

Ausprägung, findet sich das Merkmal in dieser Diagnosengruppe mit Abstand am häufigsten (vgl. Hauptgruppe I, 12%; Hauptgruppe II, 4%). Alle anderen Diagnosengruppen zeigen Konversionssymptomatik in weniger als 20% der Fälle. Übrige somatische Störungen sind in ihrer Häufigkeit uncharakteristisch.

Zusammenfassung: Wir erkennen für die meisten Symptome eher unterdurchschnittliche Häufigkeiten. Neben ausgeprägten Konversionssymptomen beobachten wir dabei lediglich klag-sam/jammeriges Verhalten sowie Logorrhoe charakteristisch häufiger. Wir sehen folglich, abgesehen von Konversionssymptomatik, ein wenig charakteristisches Symptommuster; d.h. ein spezifisches Profil läßt sich kaum beschreiben. Hinsichtlich eines Vergleichs mit Häufigkeiten aus dem Jahr 1978 verweisen wir auf die Gesamtbetrachtung der Hauptgruppe I (Seite 111 f.), da 1978 keine eigene Diagnosengruppe für hysterische Neurosen erstellt wurde.

3) Zwangsneurosen

Von den 8 Patienten mit der Diagnose Zwangsneurose sind 6 (75%) männlichen sowie 2 Patienten (25%) weiblichen Geschlechts. Das Durchschnittsalter beträgt 31,2 Jahre; die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 39,0 Tage. Zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme sehen wir eine durchschnittliche psychosoziale Beeinträchtigung (PSB) entsprechend 45,6 Punkten; bei Entlassung ergeben sich 59,6 Punkte.

Eingangs unserer Vergleichsbetrachtung möchten wir darauf hinweisen, daß die für diese Gruppe angegebenen Häufigkeiten lediglich an 8 Patienten erhoben wurden; d.h., die angegebenen Prozentwerte können statistisch empirischen Ansprüchen kaum gerecht werden. Trotzdem wollen wir die Patienten mit Zwangsneurosen, aus symptomrelevanten bzw. nosologischen Gründen, als eigene Gruppe behandeln.

Das Symptombild der Patienten mit "Zwangsneurosen" wird eindeutig durch starke Befürchtungen und Zwänge geprägt. Zwangsdenken, Überwiegend in schwerer Ausprägung, sehen wir bei 75% der Patienten (somit auch häufiger als in anderen Diagnosen-

gruppen, von denen die Patienten mit "Anorexia nervosa", mit 12%, noch die größte Häufigkeit aufweisen). Gleiches gilt für Zwangsimpulse, die wir bei 50% der Patienten beobachten; Phobien, einmal in schwerer Form, sehen wir, in 25% der Fälle, ebenfalls überdurchschnittlich oft; lediglich in der Gruppe "Angstneurosen und Phobien" findet sich dieses Symptom (vgl. 37%) öfters. Alle anderen Gruppen zeigen Werte unter 10%. Erwähnenswert, bezüglich Zwängen, sei noch, daß bei keinem der Patienten dieser Gruppe Zwangshandlungen beschrieben sind. Betrachten wir die formalen Denkstörungen im Vergleich, erkennen wir auch hier charakteristische Häufigkeitsspitzen. Bei 62% der Patienten, und damit doppelt so häufig wie in allen anderen Diagnosengruppen, erkennen wir, meist mittelschweres, Grübeln (vgl. "neurotische Depression und längere depressive Reaktionen", 31%). Auch alle Schweregrade von eingegengtem Denken, in 50% der Fälle, sowie umständliches Denken, in 27% der Fälle, treten überdurchschnittlich häufig auf. Für perseverierendes Denken (mittelstark) notieren wir, mit 25%, gleichfalls einen größeren Wert.

Das Bild zahlreicher Affektstörungen wird beherrscht durch überdurchschnittlich häufige, meist mittelstarke, Depressionen (87%), oft kombiniert mit Ängstlichkeit; letzteres ein Symptom, für das wir, mit 63%, die zweitgrößte Häufigkeit unter den 13 Diagnosengruppen feststellen. Es sei darauf hingewiesen, daß die Kombination häufige Depressionen, verbunden mit überdurchschnittlich häufiger Angst, in ähnlicher Ausprägung nur noch bei der Gruppe "Angstneurosen und Phobien" zu beobachten ist. Insuffizienzgefühle (50%), aber auch Affektarmut bzw. starrer Affekt (je 25%) sind schließlich weitere Merkmale, die, hinsichtlich ihrer Häufigkeit, im Diagnosengruppenvergleich einen vorderen Rang einnehmen.

Andere psychische Störungen erscheinen uns uncharakteristisch; ein Patient (12%) zeigt mittelgradige Bewußtseinseingengung; ein Symptom, das in dieser Gruppe etwas aus dem Rahmen fällt. Somatische Befunde sind durchweg auf Einzelfälle beschränkt. Bleibt darauf hinzuweisen, daß einzig in der Gruppe der "Zwangsneurosen" Schlaf- und Vigilanzstörungen nicht beschrieben sind.

Zusammenfassung: Für die Patientengruppe der "Zwangsneurosen" ergibt sich ein sehr spezifisches Symptombild. Dieses wird in charakteristischer Weise von häufigem Zwangsdanken, Zwangsimpulsen sowie von formalen Denkstörungen wie Grübeln umständlichem und eingeeengtem Denken bestimmt. Ausgeprägte Depressionen, häufig gekoppelt mit überdurchschnittlich zahlreichen Angstzuständen, aber auch Insuffizienzgefühlen prägen zudem des Symptombild der "Zwangsneurosen".

Hinsichtlich eines Vergleichs mit Häufigkeiten aus dem Jahr 1978 verweisen wir auf die Gesamtbetrachtung der Hauptgruppe I (Seite 111 f.), da 1978 keine eigene Diagnosengruppe für Zwangsneurosen erstellt wurde.

4) Hypochondrische Neurosen

Unter den 20 Patienten mit hypochondrischen Neurosen zählen wir 12 (60%) Männer sowie 8 (40%) Frauen. Das Durchschnittsalter beträgt 42,2 Jahren; die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 24,7 Tagen. Zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme erkennen wir eine PSB entsprechend 55,2 Punkten; bei Entlassung errechnet sich ein neuer Durchschnitt von 66,8 Punkten.

Unter den Befürchtungen und Zwängen stellen wir Hypochondrie in 85% der Fälle, meist in schwerer Ausprägung, fest. Ein Symptom, das in diesem Ausmaß, vielleicht abgesehen von "Angstneurosen und Phobien" (41%), in keiner anderen Diagnosengruppe annähernd häufig auftritt. Im Rahmen der Affektstörungen notieren wir, im Gruppenvergleich, größte Häufigkeiten für klagsam/jammerigen Affekt (55%), aber auch für Störungen der Vitalgefühle (50% der Patienten); das zuletzt genannte Symptom erkennen wir in gleicher Häufigkeit noch in der Gruppe "Übrige Neurosen".

Formale Denkstörungen sind ebenfalls sehr häufig. So finden wir eingeeengtes Denken bei 40% der Patienten und damit, im Diagnosengruppenvergleich, überdurchschnittlich oft.

An Antriebs- und psychomotorischen Störungen stellen wir für gehemmten Antrieb, mit 20%, den höchsten Wert aller 13 Diagnosengruppen fest (vgl. z.B. in der Hauptgruppe I, 7%). Auch Symptome wie theatralisch oder logorrhöisch sind, mit 25%

bzw. 20%, überdurchschnittlich häufig vertreten.

Jeweils 10% der Patienten, und damit mehr als in anderen Diagnosengruppen, geben an, sich abends besser bzw. schlechter zu fühlen. Andere psychopathologische Störungen sind in ihrer Häufigkeit uncharakteristisch. Bleibt zu erwähnen, daß nur 5% der Patienten suizidal sind; im Diagnosengruppenvergleich der drittniedrigste Wert.

Vergleichen wir die somatischen Befunde, finden wir charakteristische Häufigkeitsmaxima vor allem in der Sparte "weitere somatische Störungen"; Kopfdruck (45%), Rückenbeschwerden (20%), aber auch Schweregefühle in den Beinen (10%) finden wir in größerer Zahl als in allen anderen Diagnosengruppen.

Gleiches gilt für gastro-intestinale Beschwerden wie Magenbeschwerden (20%), Mundtrockenheit (10%) sowie Obstipation (15%). Auch kardio-respiratorische Störungen sind überdurchschnittlich häufig festzustellen. Öfter als in anderen Diagnosengruppen erkennen wir Herzdruck (25%); überwiegend schweres Herzklopfen (15%) sehen wir lediglich bei den "Angstneurosen und Phobien" häufiger; auch Schwindel ist, in 25% der Fälle, vergleichsweise zahlreich beschrieben. Zudem klagen die Patienten dieser Diagnosengruppe, mit 10% am häufigsten von allen Diagnosengruppen, über mittelstarke Miktionsstörungen.

Zusammenfassung: Innerhalb der Gruppe "hypochondrische Neurosen" lassen sich für einige Symptome durchaus charakteristische Häufigkeiten angeben. So ist das psychopathologische Bild stark geprägt von n. wahnh. Hypochondrie; größte Häufigkeiten beobachten wir auch für klagsam/jammeriges Verhalten, Störungen der Vitalgefühle, gehemmtes Denken, ferner für gehemmten Antrieb. Circadiane Besonderheiten sehen wir in dieser Gruppe gleichfalls öfters. Diese psychische Befundkonstellation wird charakteristischer Weise ergänzt durch ein, teils stärkstes Ausmaß somatischer Störungen. Unter gastro-intestinalen, kardio-respiratorischen oder anderen somatischen Beschwerdekomplessen erkennen wir vergleichsweise größte Prozentsätze bzw. überdurchschnittliche Häufigkeiten von Symptomen. Hinsichtlich eines Vergleichs mit Häufigkeiten aus dem Jahr

1978 verweisen wir auf die Gesamtbetrachtung der Hauptgruppe I (Seite 111 f.), da 1978 keine eigene Diagnosengruppe für hypochondrische Neurosen erstellt wurde.

5) Übrige Neurosen

Die Gruppe der 18 Patienten teilt sich auf in 56% Männer und 44% Frauen. Das Durchschnittsalter beträgt 32,7 Jahre; die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 37,5 Tage. Bei stationärer Aufnahme ergibt sich eine durchschnittliche PSB entsprechend 48,9 Punkten; zum Zeitpunkt der Entlassung sind es durchschnittlich 60,8 Punkte

Im Vordergrund der Symptomatik stehen Überwiegend Affektstörungen, die im Vergleich unserer 13 Diagnosengruppen größte bzw. überdurchschnittliche Häufigkeiten aufweisen. Immerhin 94% der Patienten, und damit mehr als in allen anderen Diagnosengruppen, sind meist leicht bis mittelgradig deprimiert. 56% der Patienten zeigen Überwiegend mittelstarke Insuffizienzgefühle; 50% geben Störungen der Vitalgefühle an. Zudem wirken 44% innerlich unruhig. Alle 3, zuletzt genannten, Symptome stellen wir, innerhalb der 13 Diagnosengruppen, hier mit stärkster Häufigkeit fest. Auch insgesamt seltenere Symptome wie Parathymie (11%) oder Gefühl der Gefühllosigkeit (6%) finden wir hier vergleichsweise noch am häufigsten. Weitere überdurchschnittlich oft gesehene Affektstörungen sind Dysphorie sowie starrer Affekt (22% bzw. 17%).

Im Rahmen der Antriebs- und psychomotorischen Störungen weisen wir vor allem auf Parakinesien (17%), und häufige motorische Unruhe (44%) hin. Beides Symptome, die im Gruppenvergleich hier deutliche Häufigkeitsspitzen bilden (lediglich Patienten mit "Alkohol- oder Drogenpsychosen" zeigen z.B. motorische Unruhe häufiger). Auch gesteigerten Antrieb stellen wir überdurchschnittlich oft fest (22%).

Betrachten wir Befürchtungen und Zwänge, erkennen wir, immerhin in 12% der Fälle, Zwangshandlungen; eine Häufigkeit, die wir in gleicher Höhe nur noch bei der Diagnosengruppe "Anorexia nervosa" finden. Auch Mißtrauen (22%) zeigen die Patienten in vergleichsweise hoher Zahl. Weitere Störungen aus dem psychi-

schen Symptomkomplex, die in dieser Diagnosengruppe mit überdurchschnittlicher Häufigkeit auftreten, sind schließlich, überwiegend mittelgradiger, sozialer Rückzug, in 44% der Fälle, sowie umständliches Denken, bei 28% der Patienten. Häufige, leicht oder mittel ausgeprägte, Konzentrations- bzw. Merkfähigkeitsstörungen sind an dieser Stelle noch erwähnenswert. Mit 33% bzw. 22% sehen wir diese Beschwerden, abgesehen von den Suchterkrankungen, im Diagnosengruppenvergleich am häufigsten. Selbstbeschädigung (11%) findet sich unter den 13 Diagnosengruppen hier in zweitgrößter Häufigkeit. Betrachten wir die "übrigen Neurosen" hinsichtlich ihrer somatischen Befunde, erkennen wir, neben ausgeprägten Schlafstörungen, für die Symptome Früherwachen (22%) bzw. Müdigkeit (39%) im Gruppenvergleich die höchsten Prozentsätze. Auch verminderte Sexualität sowie Schwindel (jeweils 33%; leichte und mittlere Ausprägung) sehen wir bei den "übrigen Neurosen" in größter Häufigkeit. Mittleren Kopfdruk (33%) beobachten wir lediglich in der Gruppe "hypochondrische Neurosen" (vgl. 45%) häufiger.

Zusammenfassung: Das Symptombild der "übrigen Neurosen" ist geprägt von Affektstörungen, wobei zahlreiche Symptome wie deprimiert, Insuffizienzgefühle, innere Unruhe oder Störungen der Vitalgefühle vergleichsweise stärkste Häufigkeiten aufweisen. Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, Mißtrauen, Zwangshandlungen sowie ausgeprägter sozialer Rückzug sind weitere markante Merkmale, die das vielfältige, psychopathologische Bild bestimmen.

Somatische Störungen sehen wir in Form von Früherwachen, Müdigkeit, verminderter Sexualität und Schwindel in dieser Diagnosengruppe am häufigsten; auch Kopfdruk ist relativ oft genannt.

Alles in allem ist das Symptombild dieser Gruppe vergleichsweise vielfältig, wobei sich ein charakteristisches Profil jedoch nur schwer erkennen läßt. Hinsichtlich eines Vergleichs mit Häufigkeiten aus dem Jahr 1978 verweisen wir auf die Gesamtbetrachtung der Hauptgruppe "Neurosen und längere de-

pressive Reaktionen" (Seite 111 f.), da 1978 keine entsprechende Diagnosengruppe erstellt wurde.

6) Neurotische Depression und längere depressive Reaktionen

Die 100 Patienten dieser Diagnosengruppe teilen sich auf in 45% Männer sowie 55% Frauen. Das Durchschnittsalter dieser Gruppe beträgt 37,9 Jahre. Der stationäre Aufenthalt dauerte durchschnittlich 23,8 Tage. Zum Zeitpunkt der Aufnahme errechnet sich eine PSB entsprechend 50,0 Punkte; der Entlassungswert beträgt durchschnittlich 65,1 Punkte.

Zum Vergleich: Im Jahre 1978 zählen wir 193 Patienten mit depressiver Neurose; dabei 57% Männer und 43% Frauen. Das durchschnittliche Alter betrug nur 33,5 Jahre; der durchschnittliche Aufenthalt war, mit 31,1 Tagen, um 7,4 Tage länger als in unserer Vergleichsgruppe 1982.

Das Symptommuster der Patienten mit neurotischer Depression oder längeren depressiven Reaktionen ist 1982 überwiegend geprägt von Affektstörungen, zeigt darin aber wenig charakteristische Häufigkeitsspitzen. 50% der Patienten sind, meist mittelstark, hoffnungslos; dieses ist das einzige Symptom, das wir in dieser Gruppe in maximaler Häufigkeit finden, (zum Vergleich: In der Hauptgruppe "psychogene Reaktionen" notieren wir für dieses Symptom nur 34%). 89% der Patienten sind, überwiegend leicht bis mittelstark, deprimiert; ein Prozentsatz, der im Diagnosengruppenvergleich einen der oberen Ränge einnimmt. Andere häufige Störungen des Affekts sind ferner Störungen der Vitalgefühle (vgl. Hauptgruppe II, 7%) oder Affektlabilität, in jeweils 20% der Fälle.

Unter den formalen Denkstörungen erkennen wir einzig leichtes und mittelstarkes Grübeln, mit 31%, in überdurchschnittlicher Häufigkeit. Lediglich bei den Zwangsneurosen findet sich dieses Symptom in einem höheren Prozentsatz (62%), (in der Hauptgruppe "psychogene Reaktionen" sehen wir Grübeln dagegen nur bei 9% der Patienten).

24% der Patienten sind leicht bis mittelstark antriebsarm; dieses ist der dritthöchste Wert aller 13 Diagnosengruppen. Unter den anderen psychopathologischen Störungen beobachten wir zudem Suizidalität (46%) bei einer deutlich überdurchschnittlicher Zahl von Patienten; lediglich die Gruppe "kurzdauernde depressive Reaktionen" zeigt dieses Merkmal (56%) in größerem Ausmaß. Auch sozialer Rückzug ist ein Symptom, das, in 32% der Fälle, überdurchschnittlich häufig vorkommt (vgl., nur 18% in der Hauptgruppe "psychogene Reaktionen"). Somatische Störungen sind insgesamt unspezifisch häufig. Allein Müdigkeit erkennen wir im Gruppenvergleich, mit 13%, in deutlich überdurchschnittlicher Häufigkeit. Unter den neurologischen Störungen notieren wir für leichten und starken Tremor einen überdurchschnittlichen Wert; 12% stellen, abgesehen von den Suchterkrankungen, die größte Häufigkeit dar. Wir vergleichen, im Folgenden, die beschriebenen Symptommhäufigkeiten mit denen der depressiven Neurosen aus dem Jahr 1978: Größere Diskrepanzen erkennen wir diesbezüglich unter den Affektstörungen. Während 1978 31% der Patienten ratlos erschienen, notieren wir dieses Symptom 1982 nur in 1% der Fälle. Deutlich größere Häufigkeiten ergaben sich 1978 außerdem für innere Unruhe (53% gegenüber 33%, 1982), Ängstlichkeit (51% gegenüber 38%, 1982), Insuffizienzgefühle (40% gegenüber 31%, 1982), Schuldgefühle (18% gegenüber 8%, 1982) und Störungen der Vitalgefühle (31% gegenüber 20%, 1982). Im Rahmen der formalen Denkstörungen finden wir 1982 Grübeln bei 31% der Patienten; ein Symptom, das 1978 nicht beschrieben ist. Antriebsarmut wurde 1978 immerhin bei 40% der Patienten beobachtet. In unserer Vergleichsgruppe 1982 erkennen wir diesen Symptom nur in 24% der Fälle. Schlaf- und Vigilanzstörungen traten 1978 insgesamt etwas stärker auf als 1982. Andere somatische Beschwerden unterscheiden sich dagegen kaum von denen des Jahres 1982.

Zusammenfassung: Das Symptombild der Diagnosengruppe "neurotische Depression und längere depressive Reaktionen" zeigt zwar ein starkes Ausmaß an psychopathologischen Auf-

fälligkeiten, dabei aber wenig charakteristische Häufigkeiten. Die Möglichkeit einer rein symptomatischen Abgrenzung zu anderen Diagnosengruppen, insbesondere auch zu der Hauptgruppe "psychogene Reaktionen" (die Überwiegend aus Patienten mit "kürzeren depressiven Reaktionen" besteht), ist auf wenige psychopathologische Merkmale beschränkt. So sehen wir unter den zahlreichen Affektstörungen lediglich Hoffnungslosigkeit in größerer Häufigkeit als in allen anderen Diagnosengruppen. Das Symptom deprimiert ist zwar häufig, aber unspezifisch. Außerdem beobachten wir Grübeln überdurchschnittlich oft; gleiches gilt für Antriebsarmut, Suizidalität, ferner, unter den somatischen Befunden, für Müdigkeit bzw. Tremor. Ein Vergleich mit einer Gruppe depressiver Neurosen aus dem Jahr 1978 ergab damals eine insgesamt stärkere Beeinträchtigung des Affekts; dies gilt vor allem für die Symptome Ängstlichkeit, Ratlosigkeit, innere Unruhe oder Schuldgefühle; auch Antriebsstörungen sahen wir 1978 häufiger. Alle übrigen Merkmale, somatische eingeschlossen, zeigen geringere Diskrepanzen bezüglich Häufigkeit und Ausprägung.

Vergleichende Betrachtungen demographischer und klinischer Daten der Hauptdiagnosengruppe I "Neurosen und längere depressive Reaktionen" unter besonderer Berücksichtigung vergleichbarer Symptommhäufigkeiten aus dem Jahr 1978

Innerhalb der Hauptdiagnosengruppe I nimmt die Diagnosengruppe "neurotische Depression und längere depressive Reaktionen", mit 50%, den größten Anteil ein.

Alle anderen Diagnosengruppen entsprechen Anteilen von weniger als 15%. Betrachten wir die Geschlechterrelationen im Vergleich, erkennen wir für "Zwangsneurosen" ein stärkstes Männerübergewicht, entsprechend einem Verhältnis Männer zu Frauen von 3 : 1, gefolgt von den Gruppen "hypochondrische Neurosen" ($m : f = 1,5 : 1$) und "übrige Neurosen" ($m : f = 1,2 : 1$). Die restlichen 3 Diagnosengruppen dieser Hauptgruppe zeigen zunehmende Frauenüberzahl in der Reihenfolge "neurotische Depression und längere depressive Reaktionen" ($m : f = 1 : 1,2$), "Angstneurosen und Phobien" ($m : f = 1 : 1,5$) und "hysterische Neurosen" ($m : f = 1,8$).

Das geringste Durchschnittsalter zeigt die Gruppe der "Zwangsneurosen" (31 Jahre). Das höchste Alter erkennen wir für die Gruppe der "hypochondrischen Neurosen" (42,0 Jahre).

Vergleichen wir die Diagnosengruppen hinsichtlich ihrer Aufenthaltsdauer, ergibt sich eine Reihenfolge wie folgt: Die Diagnosengruppe 6 verzeichnet, mit 24 Tagen, die kürzeste Verweildauer innerhalb dieser Hauptdiagnosengruppe I, gefolgt von den "hypochondrischen Neurosen" (25 Tage), den "hysterischen Neurosen" (26 Tage), den "Angstneurosen und Phobien" (27 Tage) und der Gruppe "übrige Neurosen" (29 Tage). Die "Zwangsneurosen" weisen, mit 39 Tagen, die längste durchschnittliche Verweildauer auf.

Die stärkste psychosoziale Beeinträchtigung bei Aufnahme beobachten wir in der Gruppe der "Zwangsneurosen", mit 45,6 Punkten. Den günstigsten Aufnahmewert erkennen wir für die "hypochondrischen Neurosen", mit durchschnittlich 55,2 Punkten. Zum Zeitpunkt der Entlassung erkennen wir für die Gruppe "neurotische Depression und längere depressive Reaktionen" die stärkste

Verbesserung der psychosozialen Leistungsfähigkeit entsprechend 15,1 Punkten, während sich die "hypochondrischen Neurosen", mit 11,6 Punkten, am wenigsten verbesserten. Vergleichbare demographische Daten aus dem Jahr 1978 sind für die einzelnen Diagnosengruppen, aufgrund unterschiedlicher Gruppeneinteilung, nicht erhältlich.

Betrachten wir, innerhalb der Hauptdiagnosengruppe I, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, erkennen wir in jeder Diagnosengruppe größte Häufigkeiten für Konzentrationsstörungen; diese schwanken zwischen 33% bei "Übrige Neurosen" und 14% bei "hysterischen Neurosen". Auch Merkfähigkeitsstörungen sehen wir häufiger; während wir diese bei den "Übrigen Neurosen" in 22% der Fälle beobachten, sehen wir sie bei den "hysterischen Neurosen" nur in 4%, bei den "Zwangsneurosen" in keinem der Fälle.

Insgesamt treten Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen in der Hauptdiagnosengruppe I in etwa gleicher Häufigkeit wie in der Hauptgruppe II, "psychogene Reaktionen" auf; dagegen erheblich seltener als in der Hauptgruppe III, der Suchterkrankungen.

Hinsichtlich formaler Denkstörungen weisen die Diagnosengruppen teilweise deutliche Unterschiede auf. So finden wir das Symptom Grübeln bei den Zwangsneurosen in 62% der Fälle, gefolgt von der Gruppe "neurotischen Depression und längere depressive Reaktionen" (31%); die Gruppe "hysterische Neurosen" zeigt dieses Merkmal dagegen nur in 4% der Fälle. Ein ähnliches Gefälle ergibt sich auch für eingeengtes Denken, das wir bei "Zwangsneurosen" in 50% der Fälle erkennen, gefolgt von den "hypochondrischen Neurosen" (40%); die Gruppe "Übrige Neurosen" weist dieses Symptom dagegen nur in 18% der Fälle auf. Auch umständliches Denken beobachten wir am zahlreichsten unter den "Zwangsneurosen" (37%), am seltensten dagegen bei den "hysterischen Neurosen" (7%).

Insgesamt treten die Symptome eingeengtes Denken sowie Grübeln in der Hauptdiagnosengruppe I deutlich häufiger auf als in allen anderen Hauptdiagnosengruppen (vgl. Hauptgruppe II, 19% bzw. 9%; Hauptgruppe III, 11% bzw. 8%).

Wie schon für die formalen Denkstörungen erkennen wir auch für Befürchtungen und Zwänge deutliche Häufigkeitsdiskrepanzen. So findet sich z.B. Hypochondrie (85%) bei den "hypochondrischen Neurosen" erwartungsgemäß in mehr als doppelter Häufigkeit als in den anderen Gruppen. Phobien sehen wir vor allem bei den "Angstneurosen und Phobien" (37%), aber auch bei den "Zwangsneurosen" (25%) am häufigsten. Zwangsdenken und Zwangsimpulse beobachten wir überwiegend bei den "Zwangsneurosen" (75% bzw. 50%); alle anderen Diagnosengruppen weisen darin Häufigkeiten von 12% und weniger auf. Zwangshandlungen sehen wir bemerkenswerter Weise lediglich bei den "Übrigen Neurosen" (12%), ferner bei "Angstneurosen und Phobien" (7%).

Im Vergleich der Hauptdiagnosengruppen findet sich vor allem das Symptom Hypochondrie (25%) in der Hauptgruppe I deutlich am häufigsten.

Ich-Störungen kommen lediglich in Form von Depersonalisation, in 10% der Fälle und damit öfters als in den 5 anderen Diagnosengruppen, bei den "hypochondrischen Neurosen" vor. Vergleichen wir die Affektstörungen, beobachten wir in jeder Diagnosengruppe, mit Ausnahme der "Angstneurosen und Phobien", Depressionen in größter Häufigkeit. Auffällige Häufigkeitsunterschiede notieren wir für die Symptome Ängstlichkeit (85% bei "Angstneurosen und Phobien", gegenüber 29% bei "hysterischen Neurosen"), Störung der Vitalgefühle (50% bei "Übrigen Neurosen", gegenüber 0% bei den "Zwangsneurosen"), Insuffizienzgefühle (56% bei den "Übrigen Neurosen", gegenüber 18% bei "hysterischen Neurosen"), klagsam/jammerig (56% bei "Übrigen Neurosen", gegenüber nur 12% bei "Zwangsneurosen") sowie Hoffnungslosigkeit (50% bei "neurotischen Depressionen und längeren depressiven Reaktionen", gegenüber 12% bei "Zwangsneurosen"). Alle anderen Affektstörungen sind innerhalb der Hauptdiagnosengruppe I in eher ausgeglichener Häufigkeit genannt.

Vergleichen wir die Affektstörungen der 3 Hauptgruppen, so erkennen wir in der Hauptgruppe I geringfügig größere Häufigkeiten als in der Hauptgruppe II, dabei teilweise deutlich stärkere Ausprägungen. In der Hauptgruppe III sehen wir

Affektstörungen charakteristisch weniger häufig.

Auch unter den Antriebs- und psychomotorischen Störungen ergeben sich teilweise starke Häufigkeitsunterschiede. Allseits oft beschrieben ist das Symptom Antriebsarmut, das wir in größter Zahl bei "Angstneurosen und Phobien" (33%), dagegen am seltensten bei den "Zwangsneurosen" (12%) sehen. Ein größeres Häufigkeitsgefälle beobachten wir zudem für das Symptom motorische Unruhe (44% bei den "übrigen Neurosen", gegenüber 11% bei den "Zwangsneurosen"), aber auch für das Symptom theatralisch (50% bei den "hysterischen Neurosen", gegenüber 0% in der Gruppe übrige Neurosen"). Insgesamt finden sich Antriebs- und psychomotorische Störungen in der Hauptgruppe I zahlreicher als in den anderen beiden Hauptgruppen.

Im Rahmen der anderen psychischen Störungen treten bemerkenswerte Häufigkeitsdiskrepanzen bei den Symptomen sozialer Rückzug und Suizidalität auf; so zeigen sozialen Rückzug am häufigsten Patienten der Diagnosengruppe "übrige Neurosen" (44%), am seltensten dagegen Patienten mit "hysterischen Neurosen" (3%). Das Symptom Suizidalität steht in der Diagnosengruppe "neurotische Depression und längere depressive Reaktionen", mit 46%, im Vordergrund, kommt dagegen bei "Zwangsneurosen" in keinem der Fälle vor. Pflegebedürftig ist keiner der Patienten der Hauptgruppe I.

Vergleichen wir die Häufigkeiten "anderer psychischer Störungen" der 3 Hauptdiagnosengruppen, erkennen wir vor allem für das Symptom sozialer Rückzug in der Hauptgruppe I deutlich den höchsten Prozentsatz (32%, gegenüber 18% in der Hauptgruppe II, bzw. 19% in der Hauptgruppe III).

Unter den somatischen Störungen beobachten wir Schlaf- und Vigilanzstörungen in fast allen Diagnosengruppen in großer Häufigkeit; einzig bei den "Zwangsneurosen" sind sie nicht beschrieben. Patienten der Gruppe "übrige Neurosen" zeigen außerdem, in 39% der Fälle, einen höheren Wert an Müdigkeit als alle anderen 5 Gruppen. Appetenzstörungen sehen wir, in vergleichsweise geringer Zahl, innerhalb der Hauptgruppe I nur bei den "Zwangsneurosen". Für gastro-intestinale Beschwerden notieren wir größte Häufigkeiten unter den "hypochondrischen

Neurosen", aber auch für "Angstneurosen und Phobien"; gleiches gilt für kardio-respiratorische bzw. andere vegetative Störungen. Unter weiteren somatischen Störungen ergeben sich schließlich stärkere Häufigkeitsdifferenzen für Konversions-symptome (43% bei den "hysterischen Neurosen", gegenüber 0% bei "Angstneurosen und Phobien"), ferner für Kopfdruck (45% bei "hypochondrische Neurosen", gegenüber 0% bei "Zwangsneurosen").

In der Hauptgruppe I, "Neurosen und längere depressive Reaktionen", beobachten wir somatische Störungen ähnlich häufig wie in der Hauptgruppe III, der Suchterkrankungen. Während in der Hauptgruppe I größeres Gewicht auf kardio-respiratorischen Störungen liegt, treten unter den Suchterkrankungen mehr vegetative und neurologische Störungen auf. In der Hauptgruppe II, "psychogene Reaktionen", sind somatische Symptome charakteristisch seltener.

Im Folgenden wollen wir einen kurzen Symptomvergleich anstellen, zwischen der Hauptgruppe "Neurosen und längere depressive Reaktionen" des Jahres 1982 und 326 Patienten aus dem Jahr 1978, die damals aufgrund der 3-stelligen ICD-8-Diagnose "Neurosen" zur stationären Aufnahme kamen (eine differenziertere Betrachtung ist leider nicht möglich, da 1978 keine Aufschlüsselung einzelner 4-stelliger Neurosengruppen erfolgte).

Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen zeigen im Symptom-muster kaum Unterschiede; 1978, wie auch 1982, sind Konzentrationsstörungen (über 20%) die meist genannten Symptome. Formale Denkstörungen sehen wir dagegen 1982 insgesamt häufiger; vor allem eingeeengtes Denken, 1982 bei 25% der Patienten, tritt 1978 nur in 14% der Fälle auf. Grübeln, in der Hauptdiagnosengruppe I 1982 ein oft genanntes Merkmal, ist 1978 nicht beschrieben. Befürchtungen und Zwänge zeigen 1978 ein vergleichbares Symptommuster wie 1982. Wahn, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen sind in beiden Vergleichsjahren selten festgestellte Auffälligkeiten.

Ein Blick auf Affektstörungen zeigt uns wenig auffällige

Unterschiede. 1978, wie 1982, sind Depressionen die meist genannten psychopathologischen Auffälligkeiten, gefolgt von Ängstlichkeit und Hoffnungslosigkeit. Deutlich häufiger als 1982 sehen wir 1978 lediglich Symptome wie innere Unruhe (50% gegenüber 34%, 1982) oder Ratlosigkeit (25% gegenüber 3%, 1982). Hoffnungslosigkeit ist 1978, mit nur 29%, deutlich seltener als 1982 (40%).

Antriebs- und psychomotorische Auffälligkeiten beobachten wir, v.a. in Form von Antriebsarmut (38%), 1978 häufiger als 1982 (24%). Andere Störungen dieser Art zeigen keine Häufigkeitsdiskrepanzen.

Circadiane Besonderheiten kommen 1982, wie 1978, selten vor. Innerhalb der anderen psychischen Störungen ergeben sich ebenfalls keine Häufigkeitsunterschiede; in beiden Beobachtungszeiträumen sind sozialer Rückzug, wie auch Suizidalität, die meist genannten Symptome.

Betrachten wir Schlaf- und Vigilanzstörungen im Vergleich, findet sich lediglich das Symptom Müdigkeit (23%) 1978 bei einer größeren Zahl von Patienten als 1982 (11%). Alle anderen, vergleichbaren, somatischen Auffälligkeiten weisen ähnliche Häufigkeiten auf; dabei sind 1982, wie schon 1978, verminderter Appetit, Kopfdruck, vermehrtes Schwitzen oder Schwindel oft genannte Störungen.

Hauptdiagnosengruppe II: "Psychogene Reaktionen"

Der Hauptdiagnosengruppe II gehören 93 Patienten der Diagnosengruppen "kurzdauernde depressive Reaktionen" und "übrige Anpassungsstörungen" an (diese werden ergänzt durch 7 Patienten mit akuten Belastungsreaktionen).

Der Anteil an der Klinikpopulation 1982 beträgt 5,1%; innerhalb des Patientengutes dieser Arbeit sind es 13,0%.

1) Kurzdauernde depressive Reaktionen

Die 81 Patienten mit der Diagnose kurzdauernde depressive Reaktionen sind in 64% der Fälle männlichen bzw. in 36% der Fälle weiblichen Geschlechts. Das Durchschnittsalter beträgt 32,6 Jahre; die durchschnittlich Aufenthaltsdauer 18,3 Tage. Zum Zeitpunkt der stationäre Aufnahme erkennen wir eine durchschnittlich PSB entsprechend 50,7 Punkten; bei Entlassung ergibt sich eine Verbesserung auf 69,3 Punkte.

Verglichen mit den anderen 12 Diagnosengruppen, findet sich bei den Patienten mit "kurzdauernden depressiven Reaktionen" lediglich Suizidalität (leichte und mittlere Ausprägung) in charakteristischer Häufigkeit. In 56% der Fälle sehen wir dieses Symptom deutlich häufiger als in den übrigen Diagnosengruppen; einzig die Diagnosengruppen "neurotische Depression und längere depressive Reaktionen" (46%) sowie "Persönlichkeitsstörungen" (36%) verzeichnen annähernde Häufigkeiten. Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, formale Denkstörungen, Befürchtungen und Zwänge, aber auch Antriebs- und psychomotorische Störungen sind in ihrer Häufigkeit unspezifisch bzw. wir erkennen eher unterdurchschnittlich häufiges Auftreten. Bleibt bezüglich der Affektstörungen noch zu erwähnen, daß die Symptome deprimiert (90%) und Hoffnungslosigkeit (35%) überdurchschnittlich oft beschrieben sind. 1 Patient zeigt interessanterweise Körperhalluzinationen.

Somatische Störungen finden wir in uncharakteristischer Häufigkeit, wobei einzig die Symptome verminderter Appetit (30%) und Kopfdruck (19%), neben durchschnittlich häufigen Schlaf- und Vigilanzstörungen, Werte über 10% erreichen.

Zusammenfassung: Bis auf das sehr häufige Merkmal Suizidalität zeigt das Symptommuster dieser Diagnosengruppe keine charakteristischen Häufigkeiten, sehen wir davon ab, daß unter den Affektstörungen Depressionen bzw. Hoffnungslosigkeit vergleichsweise zahlreich auftreten. Eine klare Abgrenzung zu der differentialdiagnostisch interessanten Gruppe "neurotische Depression und längere depressive Reaktionen" ist, rein symptomatisch, nicht möglich.

Bezüglich eines Vergleichs mit Ergebnissen aus dem Jahr 1978 verweisen wir auf die Gesamtbetrachtung der Hauptgruppe II "psychogene Reaktionen", da 1978 nur eine einzige Gruppe "kurzfristige psychische Auffälligkeiten" gebildet wurde.

2) Übrige Anpassungsstörungen

Die Gruppe der 12 Patienten mit "Übrigen Anpassungsstörungen" besteht zu 83% aus Männern sowie zu 17% aus Frauen. Das durchschnittliche Alter beträgt 27,7 Jahre; die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 18,9 Tage. Zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme erkennen wir eine durchschnittliche PSB gemäß 55,2 Punkten; bei Entlassung ergibt sich eine Verbesserung auf 63,1 Punkte.

Das Krankheitsbild der Patienten mit "Übrigen Anpassungsstörungen" zeichnet sich, unter den Affektstörungen, vor allem durch dysphorische bzw. gereizte Stimmung aus; in 42% der Fälle sind beide Symptome unter den 13 Diagnosengruppen deutlich am meisten genannt. Im Diagnosengruppenvergleich am häufigsten sehen wir zudem Insuffizienzgefühle (58%), aber auch Schuldgefühle (17%).

Für das Symptom deprimiert ergibt sich, mit nur 50%, eine deutlich unterdurchschnittliche Häufigkeit. Ebenfalls in 50% der Fälle sehen wir dagegen Ängstlichkeit, im Diagnosengruppenvergleich, eher bei einer überdurchschnittlichen Anzahl von Patienten.

Markante Häufigkeiten beobachten wir außerdem für sozialen Rückzug (50%) und Aggressivität (42%). Vor allem das zuletzt genannte Symptom weist hier, unter den Diagnosengruppen, eine charakteristische Häufigkeitsspitze auf (alle anderen 12

Diagnosengruppen zeigen Aggressivität durchschnittlich in weniger als 16% der Fälle).

Hinsichtlich Befürchtungen und Zwänge erscheinen 25% der Patienten mißtrauisch; mehr als in allen anderen untersuchten Gruppen. Zwangshandlungen finden wir, in 8% der Fälle, ebenfalls überdurchschnittlich häufig. Auch unter den formalen Denkstörungen sehen wir größere Auffälligkeiten. So erkennen wir für eingegengtes Denken in 42% der Fälle, ebenso wie für perseverierendes Denken (17%) jeweils die zweithöchsten Werte aller 13 Diagnosengruppen.

Somatische Störungen sind vergleichsweise selten; einzig Konversionssymptome kommen, bei 17% der Patienten, öfter vor.

Zusammenfassung: Wir erkennen für die Patientengruppe "übrigen Anpassungsstörungen" durchaus eine spezifische Symptomkonstellation. Charakteristische Häufigkeiten der Symptome Dysphorie, Gereiztheit, Aggressivität, Mißtrauen, aber auch überdurchschnittlich häufige Merkmale wie sozialer Rückzug, Insuffizienzgefühle sowie Schuldgefühle prägen vor allem das Krankheitsbild. Somatische Auffälligkeiten sind dabei charakteristischerweise sehr selten.

Hinsichtlich von Vergleichsergebnissen aus dem Jahr 1978 verweisen wir auf die Gesamtbetrachtung der Hauptgruppe II "psychogene Reaktionen", da 1978 nur eine einzige Gruppe "kurzfristige psychische Auffälligkeiten" gebildet wurde.

Vergleichende Betrachtung demographischer und klinischer
Daten der Hauptdiagnosengruppe II "psychogene Reaktionen"
unter besonderer Berücksichtigung vergleichbarer Symptommhäufig-
keiten aus dem Jahr 1978

Wir vergleichen im Folgenden psychopathologische und somatische Auffälligkeiten innerhalb der Hauptgruppe II und nehmen dabei jeweils kurz Bezug auf die differentialdiagnostisch interessante Gruppe "neurotische Depression und längere depressive Reaktionen". Darüber hinaus stellen wir eine Vergleichsbetrachtung an, zwischen Häufigkeiten der Hauptgruppe II des Beobachtungszeitraumes 1982, und der Gruppe "kurzfristige psychische Auffälligkeiten" des Jahres 1978.

Innerhalb der Hauptgruppe II nehmen die Patienten mit "kurzdauernden depressiven Reaktionen", mit 81%, den Überwiegenden Anteil ein. "Übrige Anpassungsstörungen" (12%) oder "akute Belastungsreaktionen" (7%) sehen wir in dieser Hauptgruppe deutlich seltener.

100 Patienten, die mit "psychogenen Reaktionen" im Jahr 1982 stationär aufgenommen wurden, sind zahlenmäßig fast identisch mit 99 Patienten der Vergleichsgruppe "kurzfristige psychische Auffälligkeiten" des Beobachtungszeitraumes 1978.

Mit einem Verhältnis Männer zu Frauen von 5 : 1 zeigt die Gruppe "Übrige Anpassungsstörungen", innerhalb dieser Hauptdiagnosengruppe, ein eindeutig stärkeres Männerübergewicht als die Diagnosengruppe "kurzdauernde depressive Reaktionen" ($m : f = 1,8 : 1$; z. Vgl. "neurotische Depression und längere depressive Reaktionen", $m : f = 1 : 1,2$).

Die gesamte Hauptgruppe II zählt 1982 doppelt so viele Männer wie Frauen; in der Vergleichsgruppe "kurzfristige psychische Auffälligkeiten" des Jahres 1978 erkennen wir dagegen eine eher ausgeglichene Relation ($m : f = 1 : 1,1$).

Das Durchschnittsalter der Patienten mit "kurzdauernden depressiven Reaktionen" beträgt 33 Jahre und ist somit um ca. 5 Jahre höher als das der "Übrigen Anpassungsstörungen" (28 Jahre; - z. Vgl. "neurotische Depression und längere depressive Reaktionen", 38 Jahre).

Das Durchschnittsalter der gesamten Hauptgruppe II, von 32 Jahren, liegt beträchtlich über dem der Vergleichsgruppe 1978 (26 Jahre).

Die Patienten der beiden Diagnosengruppen "kurzdauernde depressive Reaktionen" sowie "übrige Anpassungsstörungen" blieben 1982, mit 18 bzw. 19 Tagen, ähnlich lange in stationärer Behandlung (z. Vgl. "neurotische Depression und längere depressive Reaktionen", 24,5 Tage).

Die Aufenthaltsdauer der gesamten Hauptgruppe II ist mit durchschnittlich 18 Tagen nur geringfügig länger als in der Vergleichsgruppe 1978 (vgl. 15,9 Tage).

Mit durchschnittlich 55,2 Punkten erkennen wir für die Patienten mit "übrigen Anpassungsstörungen", zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme, eine deutlich geringere PSB als in der Gruppe "kurzdauernde depressive Reaktionen" (50,7 Punkte). Dem entgegen steht, mit 18,6 Punkten, eine eindeutig stärkere Verbesserung der Patientengruppe mit "kurzen depressiven Reaktionen" (gegenüber 7,9 Punkte bei "übrigen Anpassungsstörungen"). Im Beobachtungszeitraum 1978 erfolgte keine empirische Auswertung der psychosozialen Leistungsfähigkeit.

Unter den Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen finden sich in der Gruppe "übrige Anpassungsstörungen" sowohl Konzentrationsstörungen als auch Merkfähigkeitsstörungen in mehr als doppelter Häufigkeit als unter "kurzdauernden depressiven Reaktionen". Insgesamt sehen wir Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen in der Hauptgruppe II in ähnlicher Häufigkeit wie in der Gruppe "neurotische Depression und längere depressive Reaktionen", dagegen deutlich seltener als z.B. in der Hauptgruppe III. Markante Häufigkeitsunterschiede zwischen 1978 und 1982, bezüglich Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, sind nicht erkennbar.

Formale Denkstörungen beobachten wir insgesamt in der Hauptgruppe II in etwas geringerem Ausmaß als in den beiden anderen Hauptdiagnosengruppen. Speziell in der Gruppe "neurotische Depression und längere depressive Reaktionen" ist vor allem das Symptom Grübeln (31%) häufiger gesehen als in der Hauptgruppe

II (9%). Größere Häufigkeitsunterschiede zwischen den beiden Diagnosengruppen der Hauptgruppe II stellen wir für eingeengtes und perseverierendes Denken fest; beide treten bei den "übrigen Anpassungsstörungen" (42% bzw. 17%) deutlich häufiger auf (vgl. nur 17% bzw. 2% bei "kurzen depr. Reaktionen"). 1978 ist unter formalen Denkstörungen lediglich eingeengtes Denken, in 14% der Fälle, etwas seltener beschrieben (vgl. 19% als 1982).

Befürchtungen und Zwänge sind, ähnlich der Gruppe "neurotische Depression und längere depr. Reaktionen", in der Hauptgruppe II wenig häufig. Mißtrauen sehen wir dabei in der Gruppe "übrige Anpassungsstörungen" in doppelter Häufigkeit als bei "kurzdauernden depressiven Reaktionen". Befürchtungen und Zwänge sind 1978 nicht beschrieben.

Sinnestäuschungen und Ich-Störungen kommen 1982, wie schon 1978, selten vor. Wahn tritt 1978 immerhin bei 5% der Patienten auf; ein Symptom, das wir 1982 nicht beobachten.

Bezüglich der Affektstörungen vergleichen wir zuerst unsere beiden Diagnosengruppen untereinander. Größte Häufigkeitsdifferenzen erkennen wir dabei für das Symptom deprimiert; 90% der Patienten mit "kurzdauernden depressiven Reaktionen" zeigen dieses psychopathologische Merkmal, gegenüber nur 50% mit "übrigen Anpassungsstörungen" (vgl. neurotische Depression und längere depressive Reaktionen, 89%). Auch Hoffnungslosigkeit sehen wir bei "kurzdauernden depr. Reaktionen" häufiger (35%, gegenüber 25%). Größere Prozentunterschiede zugunsten der "übrigen Anpassungsstörungen" finden wir dagegen für die Symptome Insuffizienzgefühle (58% gegenüber 21%), gereizt (42% gegenüber 6%), dysphorisch (42% gegenüber 12%), Ängstlichkeit (50% gegenüber 33%) und klagsam/jammeriges Verhalten (33% gegenüber 17%).

Generell stellen wir fest, daß die Verteilung der Affektstörungen bei Patienten mit "übrigen Anpassungsstörungen" stark von der der Gruppe "neurotische Depression und längere depressive Reaktionen" abweicht; die Gruppe "kurzdauernde depr. Reaktionen" weist diesbezüglich kaum charakteristische Unterschiede auf.

Unter den Affektauffälligkeiten der Hauptgruppe "psychogene Reaktionen" verzeichnen wir gegenüber dem Vergleichsjahr 1978 größere Unterschiede (10% u. mehr) für die Merkmale deprimiert (87% 1982, gegenüber 56% 1978), Ratlosigkeit (31% 1982, gegenüber 3% 1978) und innere Unruhe (32% 1982, gegenüber 44% 1978). Weitere Symptome sind 1978 entweder nicht beschrieben, bzw. zeigen keine auffälligen Häufigkeitsunterschiede zu 1982. Antriebs- und psychomotorische Störungen sind in der Hauptgruppe II generell vergleichsweise selten. Unterschiede zwischen ihren beiden Diagnosengruppen ergeben sich kaum. Circadiane Besonderheiten sind, wie auch 1978, selten. Zur Gruppe "neurotische Depression und längere depr. Reaktionen" ergeben sich keine signifikanten Diskrepanzen.

Von den anderen psychopathologischen Störungen beobachten wir in der Gruppe "übrige Anpassungsstörungen" die Symptome sozialer Rückzug (50%) und Aggressivität (42%) deutlich öfters als in der Diagnosengruppe "kurzdauernde depr. Reaktionen"; dagegen sehen wir Suizidalität bei den "kurzdauernden depr. Reaktionen" dreimal zahlreicher (56% gegenüber 17%). In unserer Vergleichsgruppe des Jahres 1978 wird das Symptom Suizidalität (37%) deutlich seltener beschrieben als 1982 (53%). Einen Häufigkeitsunterschied erkennen wir zudem für Mangel an Krankheitsgefühl (4% 1982, gegenüber 16% 1978).

Der Vergleich somatischer Beschwerden der beiden Diagnosengruppen der Hauptgruppe II zeigt in der Gruppe "übrige Anpassungsstörungen" generell geringere Häufigkeiten. Während das Symptommuster der "kurzdauernden depr. Reaktionen", gleich der Gruppe "neurotische Depression und längere depr. Reaktionen", eher durchschnittliche Raten aufweist, sehen wir unter den "übrigen Anpassungsstörungen" somatischen Störungen" kaum.

Die wenigen, 1978 beschriebenen, Schlaf- und Appetenzstörungen in der Gruppe "kurzfristige psychische Auffälligkeiten" decken sich häufigkeitsmäßig mit denen der Hauptgruppe II, im Jahre 1982 (max. 31%).

Diagnosengruppe 9: Persönlichkeitsstörungen (vgl. auch Einzelbeschreibung Seite 57 f.)

Unter den 75 Patienten des Jahres 1982 mit der Diagnose Persönlichkeitsstörung zählen wir 63% Männer und 37% Frauen. Im Jahr 1978 wurden 90 Patienten mit der Diagnose Persönlichkeitsstörungen stationär aufgenommen, wobei 72% männlichen bzw. 28% weiblichen Geschlechts waren. Das Durchschnittsalter der Patienten ist 1982, mit 30,3 Jahren, etwas höher als 1978 (26,5 Jahren).

Mit durchschnittlich 31 Tagen verzeichnen wir 1982 eine um 6 Tage längere Aufenthaltsdauer als 1978 (25 Tage).

1982 erkennen wir zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme eine durchschnittliche PSB entsprechend 52,1 Punkten; bei Entlassung errechnet sich, mit 11,7 Punkten, eine Verbesserung der psychosozialen Leistungsfähigkeit auf 63,8 Punkte (1978 wurde die PSB empirisch nicht erfasst).

Wir betrachten zunächst die Symptomatik der "Persönlichkeitsstörungen" im Diagnosengruppenvergleich und stellen sie anschließend Symptomhäufigkeiten des Jahres 1978 gegenüber. Vergleichsweise charakteristische Häufigkeiten finden sich allenfalls unter den anderen psychischen Störungen, bzw. unter den Affektstörungen. So erkennen wir in der AMDP-Kategorie andere psychische Störungen für soziale Umtriebigkeit (15%), aber auch für Selbstbeschädigung (12%) die höchsten Prozentsätze aller 13 Diagnosengruppen. Für Symptome wie Suizidalität (37%) oder Aggressivität (15%) notieren wir ebenfalls überdurchschnittliche Häufigkeiten.

Im Rahmen der Affektstörungen beobachten wir innerhalb der 13 Diagnosengruppen für die psychopathologischen Merkmale deprimiert (56%) und Änstlichkeit (23%) deutlich unterdurchschnittliche Raten; Ängstlichkeit sehen wir bei keiner anderen Gruppe in geringerer Anzahl. Auch die Mehrzahl der übrigen Affektstörungen tritt in eher unterdurchschnittlichem Ausmaß auf, mit Ausnahme der Symptome dysphorisch (24%), Gereiztheit (25%) und Affektlabilität (20%), die vergleichsweise häufiger beschrieben sind.

Unter den übrigen psychischen Auffälligkeiten sei noch auf Mißtrauen und theatralisches Verhalten (21% bzw. 24%) hingewiesen; beides Symptome, die hier Überdurchschnittlich oft vorkommen. Bemerkenswert, im Diagnosengruppenvergleich, sind vergleichsweise zahlreiche Zwangsimpulse (8%) oder Zwangshandlungen (5%). Ich-Störungen, in Form von Derealisation (5%), treten zwar nur vereinzelt auf, sind innerhalb dieser Untersuchung jedoch lediglich in der Gruppe "Alkohol- und Drogenpsychosen" häufiger zu beobachten.

Somatische Beschwerden sehen wir in dieser Diagnosengruppe ausnahmslos in unterdurchschnittlichen Häufigkeiten.

Das Symptommuster der Vergleichsgruppe "Persönlichkeitsstörungen" des Jahres 1978 stimmt weitgehend mit dem des Jahres 1982 überein. Unter den Affektstörungen sehen wir 1978 lediglich Ratlosigkeit (18% gegenüber 3%, 1982), innere Unruhe (32% gegenüber 20%, 1982) sowie Ängstlichkeit (33% gegenüber 23%, 1982) bei einer etwas größeren Zahl von Patienten.

Zusammenfassung: Ein charakteristisches Symptomprofil können wir, wie schon 1978, in der Gruppe der "Persönlichkeitsstörungen" kaum erkennen. Charakteristisch erscheint lediglich, ähnlich den Ergebnissen von 1978, die sehr niedrige Rate an Depression und Ängstlichkeit; beides Affektstörungen, die in den meisten anderen Gruppen größte Häufigkeiten aufweisen. Überdurchschnittlich häufige Suizidalität, soziale Umtriebigkeit, und seltener, Aggressivität prägen zudem das Symptombild dieser Patientengruppe; dieses reicht unserer Meinung nach jedoch nicht aus, um von einem typischen Symptommuster sprechen zu können.

Bemerkenswert ist die auffällige Übereinstimmung klinischer wie demographischer Daten aus dem Jahr 1978, mit denen des Jahres 1982; abgesehen von dem Symptom Ratlosigkeit, das 1982 allseits geringere Erwähnung findet, können wir keine größeren Unterschiede erkennen.

Diagnosengruppe 10: Anorexia nervosa (vgl. auch Einzelbe-
trachtung Seite 63 f.)

Die 16 Patienten der Diagnosengruppe "Anorexia nervosa" (darunter 2 Patienten mit unklaren Eßstörungen) sind zu 87% weiblichen bzw. zu 13% männlichen Geschlechts; das Durchschnittsalter beträgt 24,1 Jahre. Der Aufenthalt dauerte im Schnitt 50,9 Tage. Bei Aufnahme erkennen wir eine PSB entsprechend 45,1 Punkten; der Entlassungswert beträgt 56,2 Punkte.

Unter den psychischen Störungen steht ein, im Diagnosen-
gruppenvergleich äußerst geringes, Krankheitsbewußtsein im
Vordergrund. Mangel an Krankheitsgefühl und Ablehnung der
Behandlung finden sich bei diesen Patienten, mit 56% bzw. 25%,
weitaus am häufigsten. Mangel an Krankheitseinsicht (44%)
sehen wir dabei lediglich in der Diagnosengruppe "Alkohol- und
Drogenpsychosen" in größerer Zahl (vgl. 48%).

Unter den Antriebs- und psychomotorische Störungen dominieren
gesteigerter Antrieb (37%) und Logorrhoe (25%) in vergleichs-
weise größten Häufigkeiten. Zudem können wir theatralisches
Verhalten bzw. motorische Unruhe (je 19%) überdurchschnittlich
häufig feststellen.

Affektstörungen finden sich in dieser Patientengruppe in auf-
fallend geringem Umfang. Vor allem das Symptom deprimiert
(37%) sehen wir in deutlich geringerer Häufigkeit als z.B. in
den Hauptgruppen I (vgl. 87%) und II (84%); auch Störungen wie
Hoffnungslosigkeit oder klagsam/jammeriges Verhalten kommen,
in 19% bzw. 6% der Fälle, unterdurchschnittlich zahlreich vor.
Abgesehen von der Diagnosengruppe "Zwangsneurosen", erkennen
wir bei den Patienten mit "Anorexia nervosa", in jeweils 12%
der Fälle, größte Häufigkeiten von Zwangsdenken und Zwangsim-
puls, ferner für Zwangshandlungen (ein Symptom, das übrigens
bei den "Zwangsneurosen" nicht beschrieben ist).

Während unter den somatischen Befunden Schlaf- und Vigilanz-
störungen vergleichsweise selten auftreten, beobachten wir, im
Diagnosengruppenvergleich, auffällige Häufigkeiten an gastro-
intestinalen Störungen; so zeigen 56% der Patienten Erbrechen

meist in schwerer Ausprägung (vgl. 21% bei Alkoholismus); auch Obstipation sehen wir, mit 31%, mehr als doppelt so zahlreich als in anderen Diagnosengruppen. 50% der Frauen dieser Gruppe zeigen, überwiegend schwere, Menstruationsstörungen; eine Symptommhäufigkeit, die in keiner anderen Gruppe auch nur annähernd erreicht wird. Auch ausgeprägte Appetenzstörungen lassen ein typisches Muster erkennen; so findet sich in dieser Diagnosengruppe vermehrter Appetit (18%) am häufigsten von allen 13 Diagnosengruppen neben einer vergleichsweise hohen Rate, teils schwer vermindelter Sexualität (25%).

Zusammenfassend erkennen wir für die kleine Gruppe "Anorexia nervosa" ein sehr spezifisches Symptombild. Neben schweren gastro-intestinalen- bzw. Appetenzstörungen, stehen außerdem häufigste Menstruationsbeschwerden im Vordergrund. Das psychische Krankheitsbild wird dabei vor allem durch stark reduziertes Krankheitsbewußtsein, gesteigerten Antriebe sowie Logorrhoe geprägt. Auch Zwänge sind keine Seltenheit. Bleibt festzustellen, daß Affektstörungen im psychopathologischen Krankheitsbild dieser Diagnosengruppe eine vergleichsweise untergeordnete Rolle spielen.

Hauptdiagnosengruppe III: Alkohol-/Medikamenten-/Drogenabhängigkeit und Mißbrauch

Der Hauptdiagnosengruppe III gehören 290 Patienten der Diagnosengruppen "Alkoholismus" sowie "Medikamenten- und Drogenabhängigkeit/bzw. -mißbrauch" an. In der Population 1982 beträgt deren Anteil 14,7%; innerhalb des Patientengutes dieser Arbeit sind es 37,8%.

1) Alkoholismus

Wir zählen im Jahr 1982 235 Patienten in der Diagnosengruppe "Alkoholismus" und damit fast dreimal so viele wie 1978 (vgl. 77 Patienten); eine Steigerung, die zum größten Teil wohl der 1982 neu ausgebauten Suchtstation zu verdanken ist.

Die 235 Patienten sind zu 62% männlich bzw. zu 38% weiblichen Geschlechts. Die Relation Männer zu Frauen von 1,6 : 1 läßt 1982 eine deutlich geringere Männerüberzahl als in der Vergleichsgruppe "Alkoholismus" des Jahres 1978 ($m : f = 3 : 1$) erkennen. 1982 weisen die Patienten ein Durchschnittsalter von 37,5 Jahren auf; dieses liegt etwas über dem des Jahres 1978 (34,4 Jahre). Der Aufenthalt dauerte 1982 durchschnittlich 20,5 Tage und somit im Mittel um 2,5 Tage länger als 1978 (18,0 Tage); hierbei ist zu berücksichtigen, daß Patienten, die 1982 zu einer 43-tägigen Entwöhnungstherapie wiederholt, stationär aufgenommen wurden, in dieser Untersuchung keine Berücksichtigung fanden.

Zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme erkennen wir für die Diagnosengruppe "Alkoholismus" eine durchschnittliche PSB entsprechend 48,3 Punkten; bei Entlassung ergibt sich ein neuer Wert von 64,2 Punkten (Vergleichswerte des Jahres 1978 existieren hierfür nicht).

Unter den psychischen Auffälligkeiten stehen, auch im Diagnosengruppenvergleich, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen im Vordergrund; abgesehen von Patienten mit "Alkohol- und Drogenpsychosen" notieren wir vergleichsweise größte Häufigkeiten der Symptome Konzentrationsstörungen (48%), Merkfähigkeitsstörungen (28%) und Auffassungsstörungen (17%). Gedächtnis-

nisstörungen sehen wir lediglich in der Gruppe "übrige Neurosen" häufiger.

Ein Blick auf die Ergebnisse des Jahres 1978 zeigt uns hier fast identische Häufigkeiten der beschriebenen psychopathologische Merkmale.

An formalen Denkstörungen sehen wir lediglich verlangsamtes Denken (21%), wie schon 1978 (vgl. 30%), in überdurchschnittlicher Häufigkeit.

Unter den Befürchtungen sehen wir Mißtrauen (7%) in einer deutlich niedrigeren Rate als 1978 (vgl. 21%).

Sinnestäuschungen beobachten wir 1978 in bis zu 8% der Fälle; in unserem Patientengut tritt dieses Symptom, wie auch Wahn oder Ich-Störungen, noch weniger häufig auf (max. 1%).

Betrachten wir die Affektstörungen, zeigt im Diagnosengruppenvergleich, abgesehen von Affektlabilität, in 20% der Fälle, kein einziges Symptom charakteristische Häufigkeit. 1978 bot sich in der Gruppe "Alkoholismus", bezüglich Affektivität, ein ähnlich uncharakteristisches Bild. Dabei waren die Merkmale Ratlosigkeit (17% gegenüber 3%, 1982), Störung der Vitalgefühle (13% gegenüber 6%, 1982), innere Unruhe (45% gegenüber 33%, 1982) und Insuffizienzgefühle (27% gegenüber 16%, 1982) etwas häufiger genannt als 1982.

Starke Antriebsstörungen können wir 1982 gleichfalls nicht feststellen; während wir 1982, in 6% der Fälle, Antriebsarmut unterdurchschnittlich häufig notieren, kommt dieses Symptom 1978 deutlich häufiger vor (23%); auch motorische Unruhe tritt 1978 (35% gegenüber 12%, 1982) öfters auf.

1982, wie 1978, ist Mangel an Krankheitseinsicht ein überdurchschnittlich häufig genanntes Symptom.

Somatische Störungen sind 1982, wie schon 1978, vergleichsweise zahlreich vorhanden. Häufige Störungen wie vermehrtes Schwitzen (54%) oder Tremor (43%) markieren das somatische Zustandbild und stehen, hinsichtlich ihrer Häufigkeit, hinter der Gruppe "Drogen- und Alkoholpsychosen" an zweiter Stelle. Ebenfalls 1982 oft genannte Beschwerden aus dem gastro-intestinalen Bereich sind Übelkeit (23%), Diarrhoe (15%), aber auch Erbrechen (21%). Weitere überdurchschnittlich häufige Merkmale

sind schließlich Durst, Kopfdruck sowie, aus dem neurologischen Bereich, Ataxie. Bleibt zu erwähnen, daß Schlaf- und Vigilanzbeschwerden 1982 vergleichsweise selten auftreten. Hierin ergibt sich ein Unterschied zum Beobachtungszeitraum 1978, in dem die Patienten mit der Diagnose "Alkoholismus" Schlaf- und Vigilanzstörungen in alle Qualitäten sehr häufig aufweisen. Dagegen sehen wir das Symptom Erbrechen 1978, in nur 9% der Fälle, seltener als 1982 (vgl. 21%). Alle übrigen somatischen Störungen zeigen zwischen beiden Beobachtungszeiträumen größte Übereinstimmung.

Zusammenfassung: Das psychische Zustandsbild der Diagnosegruppe "Alkoholismus weist, abgesehen von häufigsten Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen und häufigem verlangsamtem Denken, wenige psychische Symptomcharakteristika auf und unterscheidet sich darin kaum von der Vergleichsgruppe des Jahres 1978.

Somatische Störungen, v.a. Schwitzen und Tremor, ferner ausgeprägte gastro-intestinale Beschwerden bestimmen dagegen in starkem Ausmaß das Krankheitsbild. Unterschiede ergeben sich zu 1978 diesbezüglich für damals häufigere Schlaf- und Vigilanzbeschwerden.

Die allgemein große Übereinstimmung zwischen Symptommhäufigkeiten der Jahre 1978 bzw. 1982 ist dennoch auffällig.

2) Medikamenten- und Drogenabhängigkeit/bzw. -mißbrauch

Die 55 Patienten der Diagnosengruppe "Medikamenten- und Drogenabhängigkeit/ bzw. -mißbrauch" teilen sich auf in 40% Männer sowie 60% Frauen. Im Vergleichszeitraum 1978 zählen wir nur 28 Patienten mit Medikamentenabhängigkeit, im Verhältnis Männer zu Frauen von 1 : 1. Das Durchschnittsalter beträgt 1982 36,0 Jahre, bei einer mittleren Aufenthaltsdauer von 24,2 Tagen. Im Vergleichsjahr 1978 erkennen wir ein durchschnittliches Alter von 36,0 Jahren, bei einer fast identischen Aufenthaltsdauer von 24,8 Tagen. Zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme sehen wir 1982 eine mittlere PSB entsprechend 49,2 Punkten; der Entlassungswert beträgt 61,7 Punkte.

Gleich der Diagnosengruppe "Alkoholismus" beobachteten wir Konzentrationsstörungen, in 44% der Fälle, 1982 überdurchschnittlich häufig; jedenfalls deutlich häufiger als in den Hauptdiagnosengruppen I (vgl. 21%) und II (vgl. 18%). 1978 sind Konzentrationsstörungen, mit 54%, etwas zahlreicher beschrieben. Ebenso fanden sich Auffassungsstörungen 1978 (23%) bei einem größeren Teil der Patienten als 1982 (9%).

Überdurchschnittlich oft genannte formale Denkstörungen sind 1982 umständliches und verlangsamtes Denken (18% bzw. 24%). Verlangsamtes Denken sehen wir 1978, in nur 11% der Fälle, seltener. Grübeln (20%), zumindest innerhalb der Hauptgruppe III hier vergleichsweise häufig (vgl. 8% in der Hauptgruppe III), ist 1978 nicht beschrieben.

Seltene Wahnsymptome wie Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn oder Wahngedanken sind zwar, in 4% der Fälle, auf Einzelfälle beschränkt, treten jedoch in den anderen Diagnosengruppen, abgesehen von den "Alkohol- und Drogenpsychosen", nicht auf. Gleiches gilt für Körperhalluzinationen, bei 4% der Patienten. Im Beobachtungszeitraum 1978 kam Wahn nicht vor. Störungen der Affektivität sind in ihrer Häufigkeit generell wenig charakteristisch. In einem vergleichsweise hohen Prozentsatz sind die Patienten mitteilgradig innerlich unruhig (42%), bzw. wirken, in 24% der Fälle, dysphorisch. Viel häufiger als in der Diagnosengruppe "Alkoholismus" (vgl. 18%) erkennen wir zudem klagsam/jammerigen Affekt (35% der Fälle). Im Vergleichszeitraum 1978 traten die Affektsymptome Ratlosigkeit (18% gegenüber 0%, 1982), Störung der Vitalgefühle (21% gegenüber 5%, 1982), innere Unruhe (68% gegenüber 42%, 1982) und Affektarmut (14% gegenüber 5%, 1982) deutlich häufiger auf; dagegen sehen wir klagsam/jammerigen Affekt, in nur 7% der Fälle, bei einer viel geringeren Zahl von Patienten als 1982 (vgl. 35%).

Antriebsarmut stellen wir 1982, mit 31%, in exakt der gleichen Häufigkeit fest wie 1978; ein Symptom, das wir in unserer Untersuchung lediglich bei der Diagnosengruppe "Angstneurosen und Phobien" öfters beobachteten (vgl. 33%). Im Diagnosengruppenvergleich lassen überdurchschnittlich viele Patienten

(35%) zudem Mangel an Krankheitseinsicht erkennen; der dritthöchste Wert aller Diagnosengruppen. 1978 weisen dieses Symptom 29% der Patienten mit Medikamentenabhängigkeit auf. Alle weiteren psychischen Störungen sind 1982, wie schon 1978, eher uncharakteristisch häufig.

Ein Blick auf die somatischen Befunde dieser Diagnosengruppe zeigt vergleichsweise größte Häufigkeiten für Durchschlafstörungen (49% der Fälle); ferner für Einschlafstörungen (42% der Fälle) und Verkürzung der Schlafdauer (27%); auch Müdigkeit (24%) ist eine vergleichsweise häufig beklagte Störung. Vermehrtes Schwitzen (33%) sowie, aus dem gastro-intestinalen Formenkreis, Obstipation (13%) und Diarrhoe (11%) sind außerdem überdurchschnittlich oft genannt. Über Kopfdruck (18%) wird ebenfalls häufiger geklagt als in den anderen Diagnosengruppen.

Der Vergleich mit dem somatischen Befundbild des Vergleichszeitraumes 1978 zeigt dort, wie 1982, größte Häufigkeiten für Schlaf- und Vigilanzstörungen; weitaus zahlreicher als 1982 sind die Symptome Übelkeit (25% gegenüber 5%, 1982), Erbrechen (21% gegenüber 9%, 1982), Frösteln (29% gegenüber 5%, 1982) und Schwindel (36% gegenüber 11%, 1982) beschrieben. Auch der neurologische Befund fällt 1978 häufiger pathologisch aus als 1982 (z.B. Tremor 39% gegenüber 9%, 1982 bzw. Athaxie 11% gegenüber 2%, 1982).

Zusammenfassung: Häufige Konzentrationsstörungen, zahlreiche formale Denkstörungen sowie vergleichsweise häufig verminderter Antrieb sind neben vereinzelten Wahnerlebnissen die wenigen psychopathologischen Auffälligkeiten, die in dieser Gruppe im Vordergrund stehen. Auf größte Häufigkeiten an Schlaf- und Vigilanzstörungen, ferner auf zahlreiche gastro-intestinale Beschwerden oder häufiges Schwitzen sei unter den somatischen Störungen noch hingewiesen. Ein eigenes Symptomprofil, vor allem in Abgrenzung zu den anderen Suchterkrankungen, kann nur spärlich erstellt werden.

Während 1978 das psychische Zustandsbild in Form häufigerer Auffassungsstörungen bzw. etwas zahlreicheren Affektstörungen

nur geringfügig von dem des Jahres 1982 abweicht, erkennen wir dagegen 1978 ein drastisch größeres Ausmaß an somatischen Beschwerden als im Beobachtungszeitraum 1982.

Vergleichende Betrachtung der Diagnosengruppen der Hauptdiagnosengruppe III, "Alkohol-/Medikamenten-/Drogenabhängigkeit und deren Mißbrauch", unter besonderer Berücksichtigung vergleichbarer Symptommhäufigkeiten des Jahres 1978

Innerhalb der Hauptgruppe III, der im Jahr 1982 290 Patienten angehören, nimmt die Diagnosengruppe "Alkoholismus", mit 81%, gegenüber der Gruppe "Medikamenten- und Drogenabhängigkeit/bzw. -mißbrauch" (19%) einen überwiegenden Anteil ein. Im Jahr 1978 zählen wir in der Kategorie "Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit" nur 105 Patienten, wobei "Alkoholismus", mit 73%, ebenfalls mehrheitlich vertreten war.

Das Verhältnis Männer zu Frauen entspricht 1982 in der Hauptgruppe III einer Relation von 1,4 : 1; einem Männerübergewicht in der Gruppe "Alkoholismus" ($m : f = 1,6 : 1$) steht eine Frauenüberzahl in der Gruppe "Medikamenten- und Drogenabhängigkeit/ bzw. -mißbrauch", ($m : f = 1 : 1,4$) gegenüber. Im Vergleichszeitraum 1978 notieren wir für die Gruppe "Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit", entsprechend einer Relation Männer zu Frauen von 2 : 1, ein deutlich stärkeres Männerübergewicht als 1982.

Hinsichtlich des Durchschnittsalters ergibt sich zwischen den Gruppen "Alkoholismus" (37,5 Jahre) und "Medikamenten- und Drogenabhängigkeit" (36,0 Jahre) kein gravierender Unterschied. Das durchschnittliche Alter der gesamten Hauptgruppe III liegt 1982, mit 37,2 Jahren, etwas über dem des Jahres 1978 (34,4 Jahre). Die mittlere Aufenthaltsdauer ist dabei in der Diagnosengruppe "Alkoholismus", mit 20,5 Tagen, um ca. 4 Tage länger als in der Diagnosengruppe 12 (24,2 Tage).

Im Durchschnitt erkennen wir in der Hauptdiagnosengruppe III im Jahre 1982 eine Verweildauer von 21,2 Tagen. Diese ist etwas länger als im Vergleichsjahr 1978 (19,8 Tage).

Zu Beginn der stationären Behandlung notieren wir für die Diagnosengruppen "Medikamenten- und Drogenabhängigkeit/ bzw. - mißbrauch" sowie "Alkoholismus", mit 48,3 bzw. 48,5 Punkten, fast identische Durchschnittswerte hinsichtlich der PSB. Die Verbesserung der psychosozialen Leistungsfähigkeit fällt dagegen, entsprechend 15,9 Punkten, in der Diagnosengruppe "Alkoholismus" günstiger aus (gegenüber 12,5 Punkten). Aus dem Jahr 1978 existieren keine Vergleichswerte bezüglich der PSB.

Bewußtseins- und Orientierungsstörungen sind innerhalb der Hauptgruppe III bei beiden Diagnosengruppen auf Einzelfälle beschränkt. Im Vergleichsjahr 1978 traten diese Störungen nur bei einer geringen Zahl der Patienten auf.

Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen kommen 1982, wie schon 1978, häufig vor. Auffällige Häufigkeitsunterschiede zwischen den Diagnosengruppen 11 und 12 erhalten wir lediglich für Merkfähigkeitsstörungen, die in der Gruppe "Alkoholismus" (28%) etwas zahlreicher vertreten sind (vgl. 16% in der Diagnosengruppe 12).

Auch formale Denkstörungen sehen wir 1982 und 1978 unter den Suchterkrankungen in vergleichbaren Häufigkeiten, wobei in beiden Beobachtungszeiträumen verlangsamtes Denken das beherrschende Symptom ist. Größere Unterschiede ergeben sich 1982, innerhalb der Hauptgruppe III, für umständliches oder eingeeengtes Denken sowie Grübeln; alle Merkmale, die in der Diagnosengruppe "Medikamenten- und Drogenabhängigkeit/ bzw. - mißbrauch" (max. 24%) doppelt so häufig wie in der Gruppe "Alkoholismus" zu beobachten sind.

Befürchtungen und Zwänge erkennen wir 1982, wie schon 1978, in weniger als 10% der Fälle. Gleiches gilt für Wahnsymptomatik, die wir 1982 allerdings ausschließlich bei Patienten der Gruppe "Medikamenten- und Drogenabhängigkeit" feststellen (innerhalb der Hauptdiagnosengruppe III).

Wir betrachten im Folgenden die Affektstörungen im Vergleich; dabei stellen wir 1982 zwischen beiden Diagnosengruppen der Hauptgruppe III kaum größere Häufigkeitsunterschiede fest, sehen wir vielleicht von klagsam/jammerigem Verhalten ab, das wir, in 30% der Fälle, häufiger in der Gruppe 12 feststellen,

als in der Gruppe "Alkoholismus" (18%). Verglichen mit den anderen Hauptdiagnosengruppen, zeigt die Hauptdiagnosengruppe III eine charakteristisch geringere Anzahl von Affektstörungen. Die Verteilung der Affektstörungen des Jahres 1982 deckt sich im übrigen weitgehend mit der des Jahres 1978. Nennenswerte Häufigkeitsunterschiede notieren wir lediglich für die Symptome Ratlosigkeit (17% gegenüber 3%, 1982) oder innere Unruhe (51% gegenüber 34%, 1982), die 1978 stärker vertreten sind. Antriebs- und psychomotorische Störungen finden sich 1982, wie 1978, am häufigsten in Form von Antriebsarmut sowie motorischer Unruhe, dabei doch in deutlich geringer Anzahl als in den Hauptdiagnosengruppen I und II. Bleibt anzumerken, daß 1982 das Symptom Antriebsarmut, in 31% der Fälle, bei der Gruppe "Medikamenten- und Drogenabhängigkeit" deutlich häufiger vorkommt als bei "Alkoholismus" (vgl. 6%).

Verlaufsbesonderheiten sind 1982 in der Hauptgruppe III, in Übereinstimmung mit 1978, selten; in 5% der Fälle fühlen sich die Patienten der Diagnosengruppe 12 etwas häufiger morgens schlechter als die Patienten mit "Alkoholismus" (1%).

Unter den anderen psychopathologischen Störungen zeigen sich 1982 zwischen den beiden Diagnosengruppen 11 und 12 keine größeren Häufigkeitsunterschiede. Bei den Patienten beider Gruppen ist ein vergleichsweise geringes Krankheitsbewußtsein offensichtlich. Sozialen Rückzug sehen wir bei "Medikamenten- bzw. Drogenabhängigkeit/ bzw. -mißbrauch" (27%) etwas öfter als bei "Alkoholismus" (17%). Auch für diese Symptome hat seit 1978, hinsichtlich ihrer Häufigkeit, kein allzu großer Wandel stattgefunden.

Somatische Störungen sind in der Hauptdiagnosengruppe III 1982 vergleichsweise häufig; dies gilt vor allem für Störungen aus dem gastro-intestinalen, vegetativen, aber auch neurologischen Bereich. Wir wollen einzelne Häufigkeiten an dieser Stelle nicht mehr erwähnen; interessanter scheinen uns vielmehr teils gravierende Häufigkeitsunterschiede zwischen den beiden Diagnosengruppen der Hauptdiagnosengruppe III. So beobachten wir Schlaf- und Vigilanzstörungen, in allen Qualitäten, in der Gruppe 12, "Medikamenten- und Drogenabhängigkeit/ bzw. -miß-

brauch", fast doppelt so häufig wie bei "Alkoholismus". Auch das Symptom Obstipation ist, in 13% der Fälle, in der Diagnosengruppe 12 zahlreicher vertreten (vgl. 2%, in der Diagnosengruppe 11). Im Gegensatz dazu notieren wir in der Diagnosengruppe 11, "Alkoholismus", gastro-intestinale Störungen wie Übelkeit (23%, gegenüber 5% in der Gruppe 12), Erbrechen (21% gegenüber 9%) und Magenbeschwerden (14% gegenüber 7%) deutlich öfters. Auch neurologische Störungen wie Tremor (43% gegenüber 9%) und Ataxie (13% gegenüber 2%) sind, genauso wie vermehrtes Schwitzen (54% gegenüber 33%) in der Diagnosengruppe "Medikamenten- und Drogenabhängigkeit/ bzw. -mißbrauch" charakteristisch häufiger als in der Gruppe "Alkoholismus".

Die somatische Befundkonstellation der Hauptgruppe "Alkohol- u. Medikamentenabhängigkeit" im Jahr 1978 ist der des Beobachtungszeitraumes 1982 überwiegend ähnlich. Schlaf- und Vigilanzstörungen sind jedoch durchweg etwas häufiger vertreten als 1982; ebenso sind verminderter Appetit (47% gegenüber 34%, 1982) und Schwindel (23% gegenüber 9%, 1982) etwas häufiger beschrieben. Alle übrigen somatischen Merkmale zeigen keine auffälligen Häufigkeitsdiskrepanzen.

Diagnosengruppe 13: Alkohol- und Drogenpsychosen (vgl. auch Einzelbeschreibung Seite 80 f.)

Die Gruppe der 64 Patienten mit Alkohol- oder Drogenpsychosen besteht zu 64% aus Männern und zu 36% aus Frauen. Das Durchschnittsalter beträgt 38,8 Jahre; die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beläuft sich auf 23,5 Tage. Bei stationärer Aufnahme ergibt sich für diese Gruppe eine durchschnittliche psychosoziale Beeinträchtigung entsprechend 33,2 Punkten; bei Entlassung erkennen wir 61,2 Punkte.

Im Vergleichszeitraum 1978 zählen wir unter 85 Patienten mit "akuten organischen Psychosen" 57% Männer und 43% Frauen. Das durchschnittliche Alter dieser Patientengruppe lag mit 39,9 Jahren nur unwesentlich über dem unserer Gruppe "Alkohol- und Drogenpsychosen" des Jahres 1982; die durchschnittliche Aufenthaltsdauer war 1978, mit 29 Tagen, dagegen deutlich länger als in unserer Diagnosengruppe "Alkohol- und Drogenpsychosen" (vgl. 23,5 Tage).

Im Folgenden beschreiben wir das Symptombild unter dem Gesichtspunkt charakteristischer Häufigkeiten; wir nehmen dabei Bezug auf Häufigkeiten des Beobachtungszeitraumes 1978, der Vergleichsgruppe "akute organische Psychosen".

Bewußtseinsstörungen sehen wir, in maximal 12% der Fälle, 1982 erwartungsgemäß häufiger als in anderen Diagnosengruppen. Sie traten 1978 in vergleichbarer Zahl auf.

Auch Orientierungsstörungen finden sich vorwiegend in dieser Patientengruppe; so notieren wir, wie auch in der Vergleichsgruppe "akute organische Psychosen" des Jahres 1978, für alle Formen größte Häufigkeiten, wobei zeitliche und örtliche Orientierungsstörungen, mit über 20%, klar im Vordergrund stehen. Alle Arten von Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen finden sich ebenfalls häufiger als in allen übrigen Diagnosengruppen. Die Häufigkeiten von Konzentrationsstörungen (72% bzw. 44%) liegen dabei deutlich über denen der Diagnosengruppe 11, "Alkoholismus" (48% bzw. 28%). Gleiches gilt für Auffassungsstörungen und Gedächtnisstörungen. Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen differieren in Verteilung und Ausmaß

nur unwesentlich von denen des Jahres 1978.

Verlangsamtes Denken, in 34% der Fälle, steht, unter allen Diagnosengruppen, in dieser prozentual an der Spitze. Werfen wir einen Blick auf die "akuten organischen Psychosen" des Jahres 1978, erkennen wir dort für die Symptome perseverierend (22% gegenüber 9%, 1982), Vorbeireden (22% gegenüber 12%, 1982) und zerfahrenes Denken (26% gegenüber 14%, 1982) deutlich größere Häufigkeiten als 1982.

Befürchtungen und Zwänge sind, bis auf häufiges Mißtrauen (20%), im Diagnosengruppenvergleich unauffällig. Ganz im Gegensatz zu vielfältiger Wahnsymptomatik; v.a. Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn (36%), Wahngedanken (31%) sowie Beziehungswahn (20%) und Wahndynamik (19%) beobachten wir ausschließlich in dieser Diagnosengruppe. Gleiches gilt für alle Formen von Sinnestäuschungen. Das Symptombild der "akuten organischen Psychosen" des Jahres 1978 zeigt uns, ähnlich wie 1982, Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn (vgl. 27%) als die meistgenannten Wahnsymptome; Wahnstimmung (21%) und Wahneinfälle (22%) sind gleichzeitig häufiger beschrieben als 1982 (jeweils 11%).

Sinnestäuschungen kommen dagegen 1982 deutlich häufiger vor. Dies gilt v.a. für die Symptome optische Halluzinationen (44% gegenüber 22%, 1978), Stimmenhören (39% gegenüber 20%, 1978), aber auch für andere akustische Halluzinationen (22% gegenüber 7%, 1978). Ich-Störungen sind 1982 in dieser Gruppe überdurchschnittlich häufig genannt, liegen jedoch, wie schon 1978, allesamt unter 10%.

Bezüglich der Affektstörungen erhalten wir für die Patientengruppe "Alkohol- und Drogenpsychosen" ebenfalls ein sehr charakteristisches Symptombild, das geprägt ist durch überdurchschnittlich häufige Auffälligkeiten wie innere Unruhe (61%), Ängstlichkeit (58%), Gereiztheit (22%), Affektlabilität (20%) oder Ratlosigkeit (19%). Im Gegensatz dazu erkennen wir für die Merkmale deprimiert (37%), Hoffnungslosigkeit (6%) sowie Insuffizienzgefühle (5%) die, mit Abstand, niedrigsten Häufigkeiten aller 13 Diagnosengruppen. Im Vergleichszeitraum 1978 wiesen die "akuten organischen Psychosen" ein sehr ähn-

liches Affektprofil auf, wobei die Symptome Ratlosigkeit (38% gegenüber 19%, 1982) Hoffnungslosigkeit (18% gegenüber 6%, 1982) öfters vorkamen.

Unter den Antriebs- und psychomotorischen Störungen sehen wir v.a. motorische Unruhe (54%) im Diagnosengruppenvergleich am häufigsten; ein Symptom, das in der Vergleichsgruppe 1978 nur in 36% der Fälle auftrat. Verminderter Antrieb fand sich dagegen 1978 nur in 31% der Fälle, somit deutlich öfters als 1982 (vgl. 17%). Im Rahmen der anderen psychischen Störungen erkennen wir bei den "Alkohol- und Drogenpsychosen", wie schon 1978 bei "akuten organischen Psychosen", stark verringertes Krankheitsbewußtsein; die Merkmale Mangel an Krankheitsgefühl (31%) und Ablehnung der Behandlung (16%) werden, prozentual gesehen, nur in unserer Diagnosengruppe "Anorexia nervosa" übertroffen (vgl. 56% bzw. 25%).

Somatische Störungen sind in Form überdurchschnittlich häufiger Schlaf- und Vigilanzstörungen (v.a. Verkürzung der Schlafdauer, 31%) vertreten. Unter gastro-intestinalen Störungen zeigen die Symptome Mundtrockenheit (23%) sowie Erbrechen (19%) vergleichsweise größte bzw. große Häufigkeiten. Eindeutig im Vordergrund stehen jedoch vermehrtes Schwitzen und Tremor (jeweils 58%); beides Symptome die wir unter den 13 Diagnosengruppen, abgesehen von der Gruppe "Alkoholismus" (vgl. 54% bzw. 43%), hier mit Abstand am häufigsten beobachten. Die Merkmale Ataxie (11%) und cerebrale Krampfanfälle (11%), zeigen ebenfalls höchste Raten.

Der Vergleich mit somatischen Störungen "akuter organischer Psychosen" des Jahres 1978 erbringt auffällig geringere Häufigkeiten der Symptome vermehrtes Schwitzen (34% gegenüber 58%, 1982) und Tremor (20% gegenüber 58%, 1982); ein Unterschied der wohl mit dem Umstand zu erklären ist, daß die Vergleichsgruppe "akute organische Psychosen", neben suchtbedingten Alkohol- oder Drogenpsychosen, auch Zustandsbilder anderer Genese beinhaltet.

Zusammenfassung: Wie zu erwarten war, erhalten wir für unsere Diagnosengruppe "Alkohol- und Drogenpsychosen" ein sehr

spezifisches Symptomprofil, das neben charakteristischen Häufigkeiten für Wahn- und Sinnestäuschungen maximal häufige Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen bzw. Bewußtseins- und Orientierungsstörungen aufweist. Das typische Bild der Affektstörungen wird beherrscht von innerer Unruhe, Ängstlichkeit und Ratlosigkeit; zudem erkennen wir auffällige Häufigkeiten für verlangsamtes Denken, motorische Unruhe und generell verringertes Krankheitsbewußtsein. Neben häufigst vermehrtem Schwitzen oder gastro-intestinalen Beschwerden, prägen außerdem zahlreiche neurologische Auffälligkeiten das somatische Krankheitsbild.

Ein Vergleich mit "akuten organische Psychosen" des Jahres 1978 erbringt auffällige Häufigkeitsunterschiede für damals seltenere Sinnestäuschungen und motorische Unruhe. Auch somatische Symptome wie vermehrtes Schwitzen und Tremor traten bei weitaus weniger Patienten auf. Für das übrige Symptommuster notieren wir weitgehende Übereinstimmung beider Beobachtungszeiträume.

6. Diskussion

Der folgende Teil dieser Arbeit enthält die abschließende Bewertung unserer Untersuchungsergebnisse. Darüberhinaus stellen wir, in einem weiteren Abschnitt, eine kurze Vergleichsbetrachtung an zwischen der seit 1980 in den USA offiziellen DSM-III-Klassifikation und unseren Ergebnissen, basierend auf der ICD-9.

6.1 Wertung der Ergebnisse

Bei dieser Untersuchung handelt es sich um eine deskriptiv-statistische Analyse klinischer Daten, die mit Hilfe des AMDP-Systems erhoben wurden. Diese steht im Kontext zu einer Reihe anderer Arbeiten, die seit Gründung der "Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie" entstanden sind.

767 Patienten der Psychiatrischen Universitätsklinik München wurden zu diesem Zweck im Beobachtungszeitraum 1982, unter Zugrundelegung der ICD-9, in 13 Diagnosengruppen sowie 3 Hauptdiagnosengruppen eingeteilt und deren demographische, bzw. psychopathologische Daten, basierend auf Häufigkeitsverteilungen, miteinander verglichen. Wir gingen der Frage nach, inwieweit sich durch eine Klassifikation vorgegebene Diagnosengruppen anhand charakteristischer Symptommhäufigkeiten - bzw. -profile voneinander differenzieren lassen.

Es soll hier angemerkt werden, daß diese Arbeit eine der ersten ist, die psychopathologische und demographische Daten auf der Grundlage der 9. Revision der ICD untersucht; unsere Vergleichsarbeit aus dem Jahr 1978 (vgl. Ditz 1983) fußt dagegen auf der 8. Revision der ICD. Zu den wichtigsten Neuerungen der 9. Revision, unser Patientengut betreffend, zählt u.a. eine verbesserte Formulierung der unscharf definierten, 3-stelligen ICD-8-Kategorie "kurzfristige psychische Auffälligkeiten" (vgl. ICD-8 1973). Die zwei neuen, 3-stelligen ICD-9-Kategorien "akute Belastungsreaktionen" sowie "psychogene Reaktionen" wurden zusätzlich in mehrere 4-stellige Un-

terkategorien aufgeschlüsselt; diese sollen letztlich eine differenziertere, diagnostische Einordnung der Vielzahl leichter, depressiv-reaktiver Zustandsbilder gewährleisten. In unserer Untersuchung trugen wir dieser Verbesserung durch Bildung der drei Diagnosengruppen "neurotische Depression und längere depressive Reaktionen", "kurzdauernde depressive Reaktionen" und "Übrige Anpassungsstörungen" Rechnung.

Wir stellen fest, daß eindeutig abgrenzbare Symptomkonstellationen für unsere Krankheitskategorien "Angstneurosen und Phobien", "Zwangsneurosen", "hypochondrische Neurosen" sowie "Anorexia nervosa" existieren. Die Gruppe "Alkoholismus" zeigt, abgesehen von zahlreichen Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, zwar weniger psychopathologische Auffälligkeiten, dafür jedoch ein sehr charakteristisches somatisches Symptommuster. Ein eigenes Symptomprofil konnten wir darüber hinaus für die Kategorie "Übrige Anpassungsstörungen" erstellen; eine Patientengruppe, in der, innerhalb der AMDP-Rubrik affektiver Störungen, Reizbarkeit und Dysphorie, ferner formale Denkstörungen deutlich im Vordergrund stehen. Daß die "Alkohol- und Drogenpsychosen" ein psychopathologisch typisches Bild zeigen, bedarf wohl keiner besonderen Erwähnung. Es gelang dagegen nicht, jeweils typische Symptomkonstellationen für die Diagnosengruppen "Übrige Neurosen", "neurotische Depression und längere depressive Reaktionen", "kurze depressive Reaktionen", "Persönlichkeitsstörungen" sowie "Medikamenten- und Drogenabhängigkeit/bzw. -mißbrauch" zu erstellen. Die Gruppe "hysterische Neurosen" zeigt zwar Konversionssymptome in weitaus größter Häufigkeit, läßt jedoch ansonsten ein eigenes Profil vermissen.

Ein besonderes Interesse, innerhalb unserer Vergleichsbetrachtung, galt der symptomatischen Abgrenzbarkeit "kurzdauernder depressiver Reaktionen" von der Diagnosengruppe "neurotische Depression und längere depressive Reaktionen"; beides depressive Krankheitsbilder, die im neueren anglo-amerikanischen Sprachgebrauch unter sog. "minor depressive disorders" (vgl. Freeman 1983) einzuordnen sind. Wir kommen zu

dem Schluß, daß beide Diagnosengruppen zwar eine Vielzahl vor allem affektiver Symptome zeigen, darin jedoch nur schlecht gegeneinander abgrenzbar sind. Dieser Mangel diagnostischer Differenzierbarkeit der ICD-9-Diagnosen "neurotische Depression" und "längere depressive Reaktionen" (die wir aus nosologischen Gründen von vornherein zusammenfaßten) von "kurzen depressiven Reaktionen", stützt die Absicht der DSM-III-Autoren, auf bisher gebräuchliche Differenzierungen (vgl. ICD) depressiver Zustandsbilder zu verzichten; vielmehr werden unter deskriptiven- und Verlaufsgesichtspunkten den "major depressive disorders" die Kategorien "dysthymische Störungen", "zyklothyme Störungen", "Anpassungsstörungen" sowie "atypische Depressionen" gegenübergestellt (vgl. DSM-III 1984).

Die Abgrenzbarkeit depressiver Zustandsbilder stellt wohl eine besondere Schwierigkeit psychiatrischer Differentialdiagnostik dar. Andere Untersuchungen werden sich intensiver mit der Differenzierung beschäftigen. Eine umfangreiche Analyse von Querschnittsbefunden wie die vorliegende soll lediglich Hinweise geben, bzw. als Vergleichsgrundlage dienen.

Wie für die einzelnen Diagnosengruppen, gelang auch eine deutliche psychopathologische Abgrenzung unserer drei Hauptgruppen I, "Neurosen und längere depressive Reaktionen", II, "psychogene Reaktionen", und III, "Alkohol-/Medikamenten-/Drogenabhängigkeit sowie Mißbrauch", nur teilweise; so beobachten wir in den Hauptgruppen I und II ein deutlich stärkeres Ausmaß vor allem affektiver Störungen als in der Hauptgruppe III. Die gegenseitige psychopathologische Differenzierbarkeit der beiden ersten Hauptgruppen läßt dagegen zu wünschen übrig. Somatische Störungen, überwiegend neurologischer und vegetativer Art, sehen wir in der Hauptgruppe III, also bei den Suchterkrankungen, deutlich häufiger als in den beiden anderen zu vergleichenden Hauptgruppen. "Psychogene Reaktionen" weisen darin, in charakteristischer Weise, die geringsten Häufigkeitswerte auf.

Wir kommen zu dem Schluß, daß unter den Hauptgruppen eine gegenseitige symptomatische Abgrenzung für Suchterkrankung gut gelingt, die der beiden anderen Hauptgruppen (I und II) dage-

gen nur sehr unvollständig.

Neben der Beschreibung charakteristischer Symptomprofile sind wir in der Lage, Angaben zu machen bezüglich der Spezifität einzelner Symptome.

Wir unterscheiden hierzu grundsätzlich:

- 1) Unspezifische Symptome, die allgemein häufig vorkommen, dabei jedoch in keiner unserer 13 Diagnosengruppen eindeutige Häufigkeitsspitzen erkennen lassen.
- 2) Zu den spezifischen Symptomen zählen wir psychopathologische sowie somatische Merkmale, die in einer oder maximal zwei Diagnosengruppen (gemeint sind die 13 Diagnosengruppen dieser Arbeit) doppelt so häufig auftreten wie in allen übrigen Untersuchungsgruppen.

Als unspezifisch häufige, psychopathologische Störungen erweisen sich Konzentrationsstörungen, eingeengtes Denken, depressiver Affekt, Ängstlichkeit, innere Unruhe, klagsam/jammeriges Verhalten, Antriebsarmut sowie sozialer Rückzug. Somatische Störungen treten, innerhalb unserer Untersuchung, vor allem in Form von Schlaf- und Vigilanzstörungen, vermindertem Appetit oder Kopfdruck unspezifisch häufig auf.

Als spezifische Symptome erkennen wir, nach den entsprechenden Diagnosengruppen geordnet, folgende psychopathologische Auffälligkeiten:

Bewußtseins- und Orientierungsstörungen, Auffassungs- und Gedächtnisstörungen, Wahnsymptome sowie Sinnestäuschungen (spez. für "Alkohol- und Drogenpsychosen"); Grübeln, Zwänge (spez. für "Zwangsneurosen"); Hypochondrie (spez. für "hypochondrische Neurosen"); Phobien (spez. für "Angstneurosen und Phobien" bzw. "Zwangsneurosen"); Gereiztheit (spez. für "Übrige Anpassungsstörungen").

Unter den somatischen Symptomen erweisen sich, ebenfalls nach entsprechenden Diagnosengruppen geordnet, folgende als spezifisch:

Vermehrter Appetit, Erbrechen, Obstipation sowie Menstruationsstörungen (spez. für "Anorexia nervosa"); Atembeschwerden (spez. für "Angstneurosen und Phobien"); Konversionssymptoma-

tik (spez. für "hysterische Neurosen"); Tremor, Ataxie (spez. für "Alkoholismus" bzw. "Alkohol- und Drogenpsychosen"). Abschließend zu diesem Punkt stellen wir fest, daß innerhalb unserer Untersuchung affektive Auffälligkeiten die geringste Spezifität aufweisen, folglich, per se, kaum Rückschlüsse auf eine Diagnosengruppe bzw. Diagnose zulassen.

Neben dem Vergleich der Symptommhäufigkeiten unserer Diagnosen- oder Hauptdiagnosengruppen gehen wir der Frage nach, ob sich seit dem Jahr 1978 ein größerer Wandel der Symptomkonstellationen vollzogen hat; d.h. inwieweit psychopathologische u. somatische Bilder vergleichbarer Krankheitskategorien stabil geblieben sind.

Ein direkter Vergleich mit 1978, ebenfalls anhand des AMP-Systems, erhobenen Daten gelang für unsere Diagnosengruppen "neurotische Depression und längere depressive Reaktionen", "Persönlichkeitsstörungen", "Alkoholismus" sowie für "Medikamenten- und Drogenabhängigkeit". Für die 4-stelligen ICD-9-Kategorien einzelner Neurosen, die innerhalb unserer Untersuchung als Einzelgruppen berücksichtigt wurden, finden sich 1978 keine Vergleichsgruppen. Eine Vergleichsbetrachtung konnten wir daher lediglich zwischen unserer Hauptgruppe I und den Neurosen des Jahres 1978 anstellen. Die Symptommhäufigkeiten für "kurzdauernde depressive Reaktionen" und "übrige Anpassungsstörungen" konnten wir, ebenfalls nur in der Zusammenfassung der Hauptgruppe II, einer einzigen Gruppe "kurzfristiger psychischer Auffälligkeiten" des Beobachtungszeitraumes 1978 gegenüberstellen. Häufigkeiten der Diagnosengruppe "Alkohol- und Drogenpsychosen" verglichen wir schließlich mit der Gruppe "akute organische Psychosen" des Jahres 1978, die u.a. Alkohol- bzw. Drogenpsychosen beinhaltet.

Wir erhalten als Ergebnis für unsere Diagnosengruppen "Persönlichkeitsstörungen", "Alkoholismus", "Medikamenten- und Drogenabhängigkeit", aber auch für die Hauptgruppe "psychogene Reaktionen" im großen und ganzen mit 1978 identische Symptomkonstellationen. Deutliche Unterschiede ergaben sich dagegen beim Vergleich unserer Diagnosengruppe "neurotische Depression

und längere depressive Reaktionen" des Jahres 1982 mit den depressiven Neurosen des Jahres 1978; so wurden 1978 sowohl erheblich größere Häufigkeiten als auch stärkere Ausprägungen von Affekt- und Antriebsstörungen genannt.

Dazu sei angemerkt, daß die im Jahr 1982 verwendete ICD-9 eine differenziertere Beurteilung leichter und schwerer depressiver Zustandsbilder erlaubte als die ICD-8, die im Untersuchungszeitraum 1978 angewandt wurde. Dementsprechend teilen sich 1982 nicht-psychotische, d.h. depressiv-reaktive, Krankheitsbilder auf mehrere, neue ICD-9-Diagnosekategorien auf. Deren Daten werden innerhalb der eingangs bereits erwähnten Diagnosengruppen "neurotische Depression und längere depressive Reaktionen", "kurze depressive Reaktionen" sowie "übrige Anpassungsstörungen" untersucht.

Wir stellen fest, daß die Diagnose neurotische Depression 1982 (17 Patienten) deutlich seltener vorkommt als 1978 (173 Patienten). Wir zählen stattdessen jetzt in unserer Diagnosengruppe "längere depressive Reaktionen" 83 Patienten; in der Gruppe "kurze depressive Reaktionen" sind es 81 Patienten. 12 weitere Patienten gehören der Gruppe "übrige Anpassungsstörungen an" (N gesamt = 193 Patienten, 1982). Die Patientengruppe mit übrigen Anpassungsstörungen läßt zudem, in auffälliger Abgrenzung zu den beiden anderen Diagnosengruppen, ein sehr charakteristisches Symptomprofil erkennen. Insofern stellt die ICD-9, die u.a. eine bessere Aufschlüsselung der unscharf definierten ICD-8-Diagnose "kurzfristige psychische Auffälligkeiten" (N=99, 1978) ermöglicht, unserer Meinung nach eine deutliche und in der Sache notwendige Verbesserung dar, nicht zuletzt um der amerikanischen DSM-III eine brauchbare Alternative zu liefern.

Patienten mit "Alkohol- und Drogenpsychosen" lassen 1982 deutlich häufiger Sinnestäuschungen, psychomotorische Störungen sowie neuro-vegetative Beschwerden erkennen. Identische Ergebnisse wie im Vergleichsjahr 1978 waren hier ohnehin nicht zu erwarten, da die ICD-8-Vergleichsgruppe "akute organische Psychosen" des Jahres 1978 ein vielfältigeres Diagnosenspektrum beinhaltete.

Für die zuletzt genannte Gruppe, aber auch für einzelne Neurosen sowie für reaktive Erkrankungen werden zukünftige Vergleichsuntersuchungen, auf der Grundlage der ICD-9, bessere und genauere Aufschlüsse liefern können.

6.2 Vergleich von DSM-III-Diagnosekriterien für Angstsyndrome mit entsprechenden Ergebnissen dieser Untersuchung

Wie bereits einleitend zu unserer Untersuchung bemerkt (vgl. Seite 7), kommt seit 1980 in den USA die neue DSM-III-Klassifikation psychiatrischer Erkrankungen zur Anwendung. Das DSM-III verlangt eine multiaxiale Einteilung psychiatrischer Störungen und umfaßt auf der ersten Achse 200 diagnostische Kategorien, die mit Hilfe scharfer Ein- bzw. Ausschlußkriterien exakt definiert sind.

Der ersten, englischsprachigen Veröffentlichung im Jahr 1980 folgte nun, Ende 1984, eine deutschsprachige Fassung, die diesem Klassifikationssystem nicht zuletzt unter Vergleichsaspekten mit der bisherigen ICD-9 im deutschsprachigen Raum mehr und mehr Gewicht verleiht. Wir nehmen dies zum Anlaß, die DSM-III-Oberkategorie für Angstsyndrome anhand demographischer sowie klinischer Daten mit unseren entsprechenden ICD-9-Diagnosengruppen "Angstneurosen und Phobien" bzw. "Zwangsstörungen" zu vergleichen; beides Patientengruppen mit sehr typischen Symptomprofilen.

Unter die DSM-III-Kategorie "Angstsyndrome" fallen, per definitionem, Krankheitsbilder, in denen, wie beim Paniksyndrom oder beim generalisierten Angstsyndrom, Angst das dominierende Symptom ist. Dazu gehören auch Zustände, in denen Angst auftritt, wenn der Betroffene versucht, andere Symptome zu beherrschen (vgl. DSM-III 1984).

Laut der DSM-III-Beschreibung, erfüllen diese Kriterien die DSM-III-Kategorien "phobische Neurosen", "Angstzustände (bzw. -neurosen)", "Zwangsstörungen (bzw. -neurosen)" sowie "akute Belastungsreaktionen"; letztere ist als Syndrom definiert, welches als Auslöser ein psychisch traumatisches Ereignis hat,

das im allgemeinen außerhalb Üblicher menschlicher Erfahrungsbereiche liegt (eine Voraussetzung, unter der wir im Beobachtungszeitraum 1982 keine entsprechende Patientengruppe bilden konnten).

Wenden wir das DSM-III-Hauptkriterium für Angstsyndrome, nämlich Überdurchschnittlich häufige Angst, auf die Symptombilder unserer 13 Diagnosengruppen an, finden wir, in auffälliger Übereinstimmung mit den DSM-III-Kategorien, für unsere Diagnosengruppen "Angstneurosen und Phobien" bzw. "Zwangsneurosen" größte Häufigkeiten dieses Symptoms ("Alkohol- und Drogenpsychosen" zeigen Ängstlichkeit, in 58% der Fälle, ebenfalls häufig, haben dabei jedoch, im Widerspruch zur DSM-III-Definition, eindeutig organisch-toxische Ursachen).

Wir geben im Folgenden in knapper Form eine Übersicht über die demographischen und vor allem die psychopathologischen DSM-III-Kriterien für Angstzustände und Phobien bzw. für Zwangssyndrome. Diese vergleichen wir mit Daten, die mit Hilfe des AMDP-Systems im Beobachtungszeitraum 1982 für die Diagnosengruppen "Angstneurosen und Phobien" sowie für "Zwangsneurosen" erstellt wurden. An dieser Stelle sei betont, daß es hier nicht um einen Vergleich konkreter Symptommhäufigkeiten geht, die als solche gar nicht Gegenstand der DSM-III-Beschreibung sind; vielmehr interessiert uns die Frage, ob in unserer Untersuchung erkannte Symptommuster generell mit DSM-III-Kriterien Übereinstimmen, oder nicht.

Betrachten wir zuerst Angstzustände und phobische Störungen. Das sind in der DSM-Klassifikation zwei Krankheitskategorien, die wir zugunsten besserer Vergleichbarkeit zusammengefaßt behandeln.

Die eher dürftigen, demographischen DSM-III-Angaben stimmen weitgehend mit unseren Ergebnissen überein. Bezüglich der Prävalenz dieser Störungen erschöpft sich das DSM-III in der Feststellung, daß Phobien selten, Angstneurosen dagegen relativ häufig sind. Eine Beobachtung, die wir 1982 anhand konkreter Zahlen unterstreichen können; so zählen wir 26 Patienten mit Angstneurosen, dagegen nur 2 mit Phobien.

Sowohl Angstzustände, als auch Phobien werden, laut der DSM-III-Autoren, viel häufiger bei Frauen diagnostiziert. Im Einklang dazu zählen wir in unserer Diagnosengruppe "Angstneurosen und Phobien" 1,5 mal so viele Frauen wie Männer (innerhalb der Hauptdiagnosengruppe I ein deutlich überdurchschnittlicher Frauenanteil).

Hinsichtlich des Lebensalters bei Anstzuständen oder Phobien, finden sich in der DSM-III-Beschreibung lediglich Angaben über den Altersgipfel bei Krankheitsbeginn, der in der Adoleszenz liegt. Hierzu fehlen uns 1982 konkrete Vergleichszahlen; wir stellen jedoch fest, daß "Angstneurosen und Phobien", mit 35,2 Jahren, ein vergleichsweise geringes Alter aufweisen.

Das psychopathologische Bild von Angstzuständen bzw. Phobien wird von den DSM-III-Autoren anhand folgender "diagnostischer Kriterien" beschrieben: Im Vordergrund steht generalisierte oder panikartige Angst, oft gemeinsam mit eher leichter bis schwerer depressiver Symptomatik auftretend. Neben "Phobien" sind außerdem folgende Symptome häufig: innere Anspannung, Grübeln, Reizbarkeit, psychomotorische Unruhe, ferner Konzentrationsstörungen, leichte Zwänge sowie zunehmende Einschränkung normaler Tätigkeiten. Gesonderter Wert wird zudem auf das Vorhandensein somato-vegetativer Störungen gelegt; so sind, DSM-III zufolge, Schlaf- und Vigilanzbeschwerden, alle Arten von vegetativer Hyperaktivität, zahlreiche gastro-intestinale Störungen sowie hypochondrische Äquivalente wie Kloßgefühl, unklare Brustschmerzen oder Kribbelparästhesien, wichtige Kriterien für Angstzustände bzw. phobische Störungen.

Das Symptomprofil, das wir 1982 für unsere Diagnosengruppe "Angstneurosen und Phobien" erhalten, deckt sich nahezu nahtlos mit obiger DSM-III-Beschreibung. Neben größten Häufigkeiten der Symptome Ängstlichkeit und Depressionen, erkannten wir als charakteristisch ein häufiges Auftreten der Merkmale motorische Unruhe, gesteigerter Antrieb und innere Unruhe - ausnahmslos Symptome, die der DSM-III-Schilderung innerer bzw. psychomotorischer Anspannung entsprechen. Ebenfalls in Übereinstimmung mit der DSM-III, notieren wir in unserer Patien-

tengruppe Häufigkeitsspitzen der Symptome Hypochondrie und sozialer Rückzug. Auch Zwänge und Grübeln treten vereinzelt auf.

Unter den somatischen Störungen finden sich innerhalb unserer Diagnosengruppe "Angstneurosen und Phobien" ebenfalls zahlreiche Auffälligkeiten, die nahezu Punkt für Punkt der DSM-III-Beschreibung entsprechen. Oft geschilderte Schlaf- und Vigilanzstörungen, zahlreiche Magenbeschwerden, überdurchschnittlich häufige kardio-respiratorische Störungen, ebenso wie vermehrtes Schwitzen und Hitzegefühl prägen in charakteristischer Weise das somatische Krankheitsbild. Lediglich das Symptom verminderter Appetit, in unserer Erhebung häufig genannt, ist in der DSM-III-Klassifikation nicht beschrieben. Zusammenfassend können wir feststellen, daß das Symptomprofil unserer ICD-Diagnosengruppe "Angstneurosen und Phobien" weitgehend dem des DSM-III entspricht, bzw. keine auffälligen Diskrepanzen aufweist.

Das Krankheitsbild der Zwangsneurosen stellt sich, laut DSM-III, wie folgt dar: Die Erkrankung tritt selten auf und zeigt dabei keinerlei Bevorzugung des Geschlechts. Diagnostische Kriterien sind, vordergründig, Zwangsgedanken, oder Zwangshandlungen, oft einhergehend mit starkem Leidensdruck unter Auswirkung auf alle sozialen Bereiche. Nebenmerkmale sind, DSM-III zufolge, häufige Angstzustände, verbunden mit typischen Depressionen, sowie phobisches Vermeiden bestimmter Situationen.

Das Symptombild, das wir anhand des AMDP-Systems für unsere Diagnosengruppe "Zwangsneurosen" erstellen, zeigt, im Einklang zu den DSM-III-Kriterien, häufigstes Zwangsdenken sowie Zwangsimpulse; auch in den überdurchschnittlich zahlreichen Störungen der Affektivität wie deprimiert oder Ängstlichkeit sowie in überdurchschnittlich häufigen Phobien erkennen wir Parallelen zu DSM-III.

Dagegen sind formale Denkstörungen wie eingeengtes Denken, Grübeln, ebenso wie Insuffizienzgefühle weitere charakteristische Merkmale unserer Diagnosengruppe; diese finden, bemerkenswerterweise innerhalb der DSM-III-Definition keine

Erwähnung.

Unter den 8 Patienten mit Zwangsneurosen stellen wir 1982 in keinem der Fälle Zwangsgedanken fest. Interessanterweise deckt sich diese Tatsache durchaus mit DSM-III-Kriterien für Zwangssyndrome, die Zwangshandlungen oder Zwangsgedanken nur fakultativ voraussetzen.

Wir erhalten, alles in allem, anhand klinischer Daten auch für unsere Gruppe "Zwangsneurosen" ein Befundmuster, das, allerdings in Ergänzung formaler Denkstörungen, auf DSM-III-Kategorien übertragbar ist.

Abschließend zu dieser Vergleichsbetrachtung sei nochmals betont, daß unsere Häufigkeitsverteilungen charakteristischer Symptome gut mit den psychopathologischen Kriterien übereinstimmen, die in den Definitionen der entsprechenden DSM-III-Kategorien gefordert werden. Unsere Ergebnisse bieten aber letztlich keine Vergleichsgrundlage für komplexere Verlaufsbeschreibungen oder gar ätiologische Erwägungen, die in der DSM-III-Klassifikation breiten Raum einnehmen.

Unsere Symptomkonstellationen, basierend auf der ICD-9, werden mit anderen Worten dem multifaktoriellen DSM-III-Ansatz nur auf der ersten Achse gerecht; ein Problem, das die Notwendigkeit weiterer Daten, ergänzt durch erläuternde Kasuistiken in zukünftigen Vergleichsbetrachtungen, aufzeigt.

6.3 Schlußbetrachtung

Abschließend wollen wir zu den Ergebnissen dieser Arbeit noch einige allgemeine Bemerkungen machen.

Die festgestellten Symptomverteilungen erbrachten für einige ICD-9-Diagnosengruppen typische Profile; für andere gelang dieses Unterfangen nur wenig oder gar nicht. Die Frage nach eindeutiger, diagnostischer Differenzierbarkeit der ICD-9-Kategorien läßt sich somit, anhand unserer Ergebnisse, nur teilweise bejahen. Es bestätigt sich einmal mehr, daß große Querschnittsuntersuchungen primär Übersichten bzw. Tendenzen geben können. Vergleichende Einzelbeschreibungen bzw. Kasuistiken sind in zukünftigen Untersuchungen wohl nicht zu ersetzen.

Der Vergleich mit Ergebnissen einer früheren Arbeit (vgl. Ditz 1983) erbrachte zu großen Teilen Übereinstimmungen. Wir können allerdings die Forderung einer differenzierteren Betrachtung von Neurosen sowie reaktiv-depressiver Erkrankungen, die 1982 ein sehr heterogenes Symptombild aufweisen, nur unterstreichen.

Wir haben aus der DSM-III-Klassifikation eine diagnostische Kategorie herausgegriffen und konnten feststellen, daß unsere klinischen Daten die entsprechenden DSM-III-Beschreibungen bestätigen. Da jedoch Verläufe, Vorgeschichte und differential-diagnostische Überlegungen in der vorliegenden Arbeit kaum berücksichtigt werden konnten, gelingt ein weitergehender Vergleich mit diesbezüglichen DSM-III-Kriterien nur partiell. Zukünftige Vergleichsuntersuchungen sollten dies berücksichtigen.

Es ist eine der wichtigsten Zielsetzungen dieser Arbeit, Vergleichsgrundlagen zu bieten für diagnostische Untersuchungen, basierend auf der ICD.

7. Zusammenfassung

In der Einleitung wird kurz die Geschichte psychiatrischer Diagnostik gestreift. Insbesondere wird versucht zu zeigen, daß in der aktuellen, wie in der älteren Psychiatrie, die psychopathologische Symptomatik neben dem organischen Befund essentieller Bestandteil psychiatrischer Diagnosen ist.

Im Jahr 1965 kam es zur Gründung der "Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie" (AMP), einem Verbund deutscher, schweizerischer und österreichischer Arbeitsgruppen. Durch Schaffung einer einheitlichen Schätzskala für psychopathologische Befunde sowie durch einheitliche Dokumentation anamnestischer Daten schuf man, erstmalig im deutschsprachigen Raum, bessere Möglichkeiten einer standardisierten Befunderhebung.

Die in dieser Arbeit betrachteten Diagnosen wurden nach den Richtlinien der 9. Revision der internationalen Klassifikation psychiatrischer Krankheiten (ICD) erstellt. Diese ist das Ergebnis der WHO-Bemühungen um verbesserte Verständigung auf dem Gebiet der psychiatrischen Diagnostik. Die 9. Revision der ICD aus dem Jahre 1975 ist Grundlage unserer Untersuchung. Die vorliegende und eine Reihe anderer Arbeiten haben es sich zum Ziel gesetzt, mit Hilfe des AMDP-Systems Einteilungsprinzipien dieser Klassifikation vor dem Hintergrund klinischer Daten zu beurteilen.

Der ICD-9 stellen wir darüber hinaus das amerikanische "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM-III) gegenüber; eine mehrachsige Klassifikation psychiatrischer Erkrankungen, die auf der ersten Achse 200 diagnostische Kategorien scharf definiert.

Neben der Schaffung empirischer Vergleichsgrundlagen, formulieren wir die Zielsetzung dieser Untersuchung wie folgt:

- 1) Erarbeitung differentieller Symptomprofile für vorgegebene ICD-9-Kategorien.
- 2) Kritischer Vergleich mit Untersuchungsergebnissen aus dem Beobachtungszeitraum 1978, basierend auf der 8. Revision der ICD.

- 3) Die DSM-Kategorie "Angstsyndrome" soll Gegenstand einer knappen Vergleichsbetrachtung mit entsprechenden ICD-9-Symptomprofilen unserer Arbeit sein.

Grundlage unserer Untersuchung sind 767 Patienten des Beobachtungszeitraums 1982, die wir, ausgehend von vorher definierten ICD-9-Diagnosen, in folgende 13 Diagnosengruppen einteilen: 1. Angstneurosen und Phobien (ICD-300.0, 300.2); 2. Hysterische Neurosen (ICD-300.1); 3. Zwangsneurosen (ICD-300.3); 4. Hypochondrische Neurosen (ICD-300.4); 5. Übrige Neurosen (ICD-300.5, 7, 8, 9,); 6. Neurotische Depression und längere depressive Reaktionen (ICD-300.4, 309.1); 7. Kurzdauernde depressive Reaktionen (ICD-309.0); 8. Übrige Anpassungsstörungen (ICD-309.2-9); 9. Persönlichkeitsstörungen (ICD-301); 10. Anorexia nervosa (ICD-307.1, 5); 11. Alkoholismus (ICD-303, 305.0); 12. Medikamenten- und Drogenabhängigkeit/bzw. -mißbrauch (ICD-304, 305.1-9); 13. Alkohol- und Drogenpsychosen (ICD-291, 292).

Durch Bildung 3er weiterer, übergeordneter Hauptdiagnosengruppen (I-III) erhalten wir größere Untersuchungseinheiten, die uns zusätzlich Vergleichszahlen liefern.

Demographische und psychopathologische Daten von Diagnosen- u. Hauptdiagnosengruppen vergleichen wir schließlich, unter Zugrundelegung der jeweiligen Häufigkeitsverteilungen, ausführlich miteinander.

Wir betrachten zuerst innerhalb der Hauptgruppe I, "Neurosen und längere depressive Reaktionen", die Diagnosengruppen "Angstneurosen und Phobien" (1,4% aller Patienten des Jahres 1982). Deutlich häufiger als in den anderen Diagnosengruppen beobachten wir hier die Merkmale ängstlich (85%) und Phobien (37%). Überdurchschnittlich häufige Symptome wie sozialer Rückzug (48%), Hypochondrie (22%), Antriebsarmut (33%) oder Ambivalenz (22%) prägen das durchaus eigene psychopathologische Symptombild dieser Diagnosengruppe. Zahlreiche somatische Beschwerden, dabei v.a. kardio-respiratorische Störungen (bis zu 30% der Fälle) oder verminderter Appetit (44%), treten hier

in bis zu doppelter Häufigkeit auf als in den meisten anderen Diagnosengruppen.

Unter den 28 Patienten der Diagnosengruppe "hysterische Neurosen" (1,4% aller Patienten des Jahres 1982) finden wir, im Gegensatz zur Diagnosengruppe "Angstneurosen und Phobien", weitaus weniger charakteristische Symptome; lediglich klag-sam/jammeriges Verhalten (50%) sowie Logorrhoe (21%) stellen wir unter den psychopathologischen Störungen überdurchschnittlich oft fest. Unter den somatischen Merkmalen stehen Konversionssymptome eindeutig im Vordergrund; in 43% der Fälle sind diese mehr als doppelt so häufig als in den anderen 12 Diagnosengruppen.

Ein wiederum sehr charakteristisches Symptomprofil erkennen wir bei den 8 Patienten (0,4% aller Patienten des Jahres 1982) mit der Diagnose Zwangsneurose. Erwartungsgemäß notieren wir hier für Zwangssymptome (bis zu 75%) eindeutig größte Häufigkeiten. Aber auch formale Denkstörungen, v.a. Grübeln oder eingegengtes Denken (bis zu 62%), prägen das psychopathologische Bild der "Zwangsneurosen". Charakteristische Störungen der Affektivität sind zudem häufige Depressionen (87%), verbunden mit Ängstlichkeit (63%), sowie Insuffizienzgefühle (50%). Immerhin jeder 4. Patienten zeigt Phobien.

In der Diagnosengruppe "hypochondrische Neurosen" zählen wir 20 Patienten (1% aller Patienten des Jahres 1982). Psychopathologisch im Vordergrund steht das im Diagnosengruppenvergleich häufigste Symptom Hypochondrie (87%), neben den oft vorkommenden Affektstörungen klagsam/jammeriges Verhalten bzw. Störungen der Vitalgefühle (bis zu 55% der Fälle). Überdurchschnittlich hohe Raten an eingegengtem Denken (40%) sowie theatralische und logorrhaische Psychomotorik sind außerdem typisch für das psychopathologische Bild dieser Gruppe. Wir weisen darüber hinaus auf das sehr vielfältige somatische Befundmuster hin, mit jeweils größten Häufigkeiten der Symptome Kopfdruck (45%), Rückenbeschwerden, Magenbeschwerden und Herzdruck (bis zu 25% der Fälle).

Wir betrachten 18 Patienten (0,9% aller Patienten des Jahres 1982) der Diagnosengruppe "übrige Neurosen", und finden v.a.

für die Affektstörungen deprimiert (94%), Insuffizienzgefühle (56%), Störungen der Vitalgefühle (50%) oder innere Unruhe (44%) auffällige Häufigkeitsspitzen. Daneben stellen wir Antriebs- und psychomotorische Störungen (bis zu 44% der Fälle) und formale Denkstörungen (bis zu 28%) überdurchschnittlich häufig fest; gleiches gilt für Konzentrations- bzw. Merkfähigkeitsstörungen (bis zu 33%). Für somatische Beschwerden wie Früherwachen, Müdigkeit, Schwindel sowie Kopfdruck notieren wir darüber hinaus größere Prozentsätze (bis zu 39% der Fälle) als in den 12 anderen Diagnosengruppen dieser Untersuchung. Alles in allem ergibt sich somit in dieser Patientengruppe ein sehr vielfältiges Symptombild, das gleichwohl ein eindeutiges Profil vermissen läßt.

Wir betrachten 100 Patienten (5,1% aller Patienten des Jahres 1982) der Diagnosengruppe "neurotische Depression und längere depressive Reaktionen", und vergleichen anschließend deren Daten mit einer Patientengruppe depressiver Neurosen des Jahres 1978.

Das psychopathologische Bild zeichnet sich 1982 durch eine Vielzahl von Affektstörungen aus, wobei wir lediglich für das Symptom Hoffnungslosigkeit im Diagnosengruppenvergleich maximale Häufigkeit notieren. Andere psychopathologische Auffälligkeiten wie Grübeln, Antriebsarmut, sozialer Rückzug oder Suizidalität (bis zu 46% der Fälle) sind zwar überdurchschnittlich oft genannt, zeigen darin allerdings, insbesondere in Abgrenzung zu unserer Gruppe "kurze depressive Reaktionen", kein differenzierendes Symptomprofil.

Wir vergleichen depressive Neurosen des Vergleichsjahres 1978 mit unserer Diagnosengruppe, und finden 1982 ein höheres Durchschnittsalter (37,9 Jahre 1982, gegenüber 33,8 Jahre 1978) sowie einen, um durchschnittlich 7 Tage, längeren Aufenthalt (31,1 Tage 1982, gegenüber 23,8 Tage 1978). Größere psychopathologische Häufigkeitsdiskrepanzen finden sich v.a. unter den Störungen der Affektivität; so stellen wir 1978 für die Symptome Hoffnungslosigkeit (51%), innere Unruhe (53%), Ängstlichkeit (51%) und Störung der Vitalgefühle (31%), um mehr als 10%, größere Häufigkeiten fest als 1982. Gleiches

gilt für Antriebsarmut (40% 1978, gegenüber 24% 1982). Grübeln (31%), 1982 ein häufiges Symptom, ist 1978 nicht beschrieben. Wir vergleichen weiterhin unsere Diagnosengruppen innerhalb der Hauptgruppe I, "Neurosen und längere depressive Reaktionen" (10,7% aller Patienten des Jahres 1982), in der die Patientengruppe "neurotische Depression und längere depressive Reaktionen", mit 50%, weitaus den größten Anteil einnimmt. Hinsichtlich der Geschlechterrelation zählen wir unter den "Zwangsneurosen" dreimal mehr Männer als Frauen; im Gegensatz zu eher ausgeglichenen Relationen der übrigen 5 Diagnosengruppen.

Das geringste Durchschnittsalter errechnet sich, mit 31,2 Jahren, für die Patienten mit "Zwangsneurosen"; das höchste Durchschnittsalter (42,2), sogar aller 13 Diagnosengruppen, erkennen wir unter den "hypochondrischen Neurosen". Die mittlere Verweildauer ist bei Patienten mit "neurotischer Depression oder längeren depressiven Reaktionen", mit 24,2 Tagen, am kürzesten, bei den "Zwangsneurosen" (39,0 Tagen) dagegen am längsten. Die stärkste psychosoziale Beeinträchtigung (PSB) zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme verzeichnen wir, entsprechend 45,6 Punkten (vgl. Global Assessment Scale, Spitzer et al. 1976), innerhalb der Diagnosengruppe "Zwangsneurosen"; den günstigsten Aufnahmewert (55,2 Punkte) sehen wir bei "hypochondrischen Neurosen". Letztere zeigen gleichzeitig, mit nur 11,6 Punkten, die geringste Verbesserung der psychosozialen Leistungsfähigkeit; die stärkste Verbesserung bezüglich des Krankheitsverlaufs, entsprechend 15,1 Punkten, beobachten wir in der Gruppe "neurotische Depression und längere depressive Reaktionen".

Der Vergleich der psychopathologischen Symptomatik innerhalb der Hauptgruppe I erbringt auffällige Häufigkeitsdiskrepanzen v.a. unter formalen Denkstörungen bzw. unter Befürchtungen und Zwängen. So weisen wir Zwänge (bis zu 75%), aber auch Symptome wie Grübeln oder eingegengtes Denken (bis zu 62%) deutlich am häufigsten bei "Zwangsneurosen" nach; Hypochondrie findet sich in charakteristischer Zahl (85%) bei "hypochondrischen Neurosen" sowie in der Gruppe "Angstneurosen und Phobien" (41%);

Phobien lassen erwartungsgemäß in der Diagnosengruppe "Angstneurosen und Phobien" ein Häufigkeitsmaximum erkennen. Generell sei betont, daß wir Befürchtungen, Zwänge sowie formale Denkstörungen in der Hauptdiagnosengruppe I deutlich häufiger feststellen als in den beiden anderen Hauptgruppen (II + III).

Unter den Affektstörungen notieren wir, innerhalb der Hauptgruppe I, für Ängstlichkeit in der Gruppe "Angstneurosen und Phobien" (85%) deutlich die größte Häufigkeit. Hoffnungslosigkeit beobachten wir, mit 50%, in der Diagnosengruppe "neurotische Depression und längere depressive Reaktionen" in größter Zahl; ferner sehen wir Insuffizienzgefühle bei den "Übrigen Neurosen" am charakteristisch häufigsten. Generell finden sich Affektstörungen 1982 unter den Neurosen in ähnlichem Ausmaß wie in der Hauptgruppe "psychogene Reaktionen", dagegen eindeutig häufiger als in der Hauptgruppe III, der Suchterkrankungen.

Erwähnenswert, im Rahmen der Antriebs- und psychomotorischen Störungen, sind die jeweils charakteristisch häufigen Merkmale theatralisch (50% bei "hysterischen Neurosen") oder motorische Unruhe (44% bei "Übrigen Neurosen" bzw. 30% bei "Angstneurosen u. Phobien").

Suizidalität schließlich ist, in einer Häufigkeit von 46%, charakteristisch für Patienten mit "neurotischer Depression oder längeren depressiven Reaktionen".

Somatische Störungen aus dem gastro-intestinalen oder vegetativen Bereich sehen wir in größter Zahl bei Patienten der Gruppen "hypochondrische Neurosen" bzw. "Angstneurosen und Phobien" (in bis zu 45% der Fälle). Konversionssymptome hingegen sind typisch für "hysterische Neurosen" (43%).

Wir vergleichen das Symptommuster unserer Hauptgruppe I, "Neurosen u. längere depressive Reaktionen", mit den Symptommhäufigkeiten einer Vergleichsgruppe "Neurosen" des Jahres 1978, und erkennen auffälligste Unterschiede für die Merkmale Grübeln (25% 1982; 1978 nicht genannt), innere Unruhe (50% 1978, gegenüber 34% 1982), Ratlosigkeit (25% 1978, gegenüber 3% 1982), Hoffnungslosigkeit (29% 1978, gegenüber 40% 1982)

sowie Antriebsarmut (38% 1978, gegenüber 24% 1982). Im Übrigen stellen wir weitgehende Übereinstimmung der Symptommhäufigkeiten fest.

Wir untersuchen innerhalb der Hauptgruppe II, "psychogene Reaktionen", unsere Diagnosengruppen "kurze depressive Reaktionen" und "übrige Anpassungsstörungen". Darüber hinaus vergleichen wir deren Daten mit Häufigkeiten einer Gruppe "kurzfristiger psychischer Auffälligkeiten" des Jahres 1978.

Unter den 81 Patienten mit "kurzdauernden depressiven Reaktionen" (4,1% aller Patienten des Jahres 1982) kommt lediglich Suizidalität, in 56% der Fälle, deutlich häufiger vor als in allen anderen 12 Diagnosengruppen. Ansonsten fällt auf, daß Affektstörungen (am häufigsten in Form von deprimiert, in 90% der Fälle) generell zahlreich sind, darin jedoch nicht spezifisch erscheinen; insbesondere nicht in Abgrenzung zur, differentialdiagnostisch interessanten, Gruppe "neurotische Depression u. längere depressive Reaktionen". Ein spezifisches Symptomprofil können wir somit nicht angeben.

Anders ist dies bei den 12 Patienten mit "übrigen Anpassungsstörungen" (0,2% aller Patienten des Jahres 1982). Häufiger als in den anderen Diagnosengruppen wirken diese gereizt bzw. dysphorisch (bis zu 42%), zeigen Insuffizienzgefühle (58%) oder klagen über Schuldgefühle (17%). Charakteristisch sind ferner sozialer Rückzug, Aggressivität und eingeengtes Denken; Symptome, die fast jeder 2. Patient dieser Diagnosengruppe aufweist. 25% der Patienten lassen Mißtrauen erkennen, im Diagnosengruppenvergleich eine Überdurchschnittlich hohe Zahl.

Der Vergleich demographischer Daten der beiden Diagnosengruppen der Hauptgruppe II unterstreicht ein deutlich stärkeres Männerübergewicht ($m : f = 5 : 1$) unter den "übrigen Anpassungsstörungen" als in der Gruppe "kurzdauernde depressive Reaktionen" ($m : f = 1,5 : 1$). Patienten mit "kurzen depressiven Reaktionen" sind, mit 33,2 Jahren, durchschnittlich um 5 Jahre älter als Patienten mit "übrigen Anpassungsstörungen". Sie blieben dagegen in beiden Diagnosengruppen, mit durchschnittlich 18 bzw. 19 Tagen, fast gleich lange in

stationärer Behandlung. Innerhalb der Gruppe "Übrige Anpassungsstörungen" ergibt sich bei Aufnahme eine vergleichsweise geringe durchschnittliche PSB (55,2 Punkte, gegenüber 50,7 Punkten bei "kurzen depressiven Störungen"), die psychosoziale Leistungsfähigkeit verbessert sich dagegen, entsprechend 7,9 Punkte, nur um weniger als die Hälfte, verglichen mit der Gruppe "kurze depressive Reaktionen" (18,6 Punkte). Wir stellen demographische Daten unserer Hauptgruppe "psychogene Reaktionen" entsprechenden Daten "kurzfristiger psychischer Auffälligkeiten" des Jahres 1978 gegenüber. Wir zählen dabei 1982 doppelt so viele Männer wie Frauen, im Gegensatz zu einer ausgeglichenen Geschlechterrelation 1978. Das Durchschnittsalter unserer Hauptgruppe (32 Jahre) liegt deutlich über dem des Jahres 1978 (vgl. 26 Jahre), wohingegen die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Beobachtungszeitraum 1982 (18 Tage) nur geringfügig von der des Jahres 1978 (vgl. 16 Tage) abweicht.

Wir betrachten psychopathologische Merkmale unserer Diagnosengruppen "kurze depressive Reaktionen" und "Übrige Anpassungsstörungen" im Vergleich und erkennen zahlreiche Häufigkeitsunterschiede. So sind Aufmerksamkeits- u. Gedächtnisstörungen, aber auch eingeengtes Denken bei "Übrigen Anpassungsstörungen" (max. 42%) bis zu drei mal häufiger genannt. Ferner treten Störungen der Affektivität hier auffällig häufiger auf, v.a. in Form von Insuffizienzgefühlen (58%, gegenüber 21%), gereizt (12%, gegenüber 6%), dysphorisch (42%, gegenüber 12%) und Ängstlichkeit (50%, gegenüber 33%). Deutlich seltener sehen wir bei "Übrigen Anpassungsstörungen" einzig die Symptome deprimiert (50%, gegenüber 90%) sowie Suizidalität (17% gegenüber 56%).

Der Vergleich psychopathologischer Häufigkeiten unserer Hauptgruppe "psychogene Reaktionen" mit denen der Gruppe "kurzfristiger psychischer Auffälligkeiten" des Jahres 1978, erbringt schließlich auffälligste Diskrepanzen für die Symptome deprimiert (87% 1982, gegenüber 56% 1978), ratlos (31% 1982, gegenüber 3% 1978), innere Unruhe (32% 1982, gegenüber 44% 1978) und Suizidalität (53% 1982, gegenüber 37% 1978).

Wir betrachten 75 Patienten (3,7% aller Patienten des Jahres 1982) der Diagnosengruppe "Persönlichkeitsstörungen" und vergleichen die Ergebnisse mit Daten einer Patientengruppe "Persönlichkeitsstörungen" des Jahres 1978. Wir zählen 1982 63% Männer, und damit deutlich weniger als 1978 (vgl. 78%); das Durchschnittsalter beträgt 1982 30,3 Jahre (vgl. 26,5 Jahre, 1978), bei einer stationären Aufenthaltsdauer von durchschnittlich 31 Tagen (vgl. 25 Tage, 1978). Angesichts allgemein eher unterdurchschnittlicher Symptommhäufigkeiten - sehen wir vielleicht von Überdurchschnittlich häufiger Selbstbeschädigung, Aggressivität (bis zu 15%) oder Suizialität (37%) ab - können wir hier kein typisches Profil erstellen; Übrigens in bemerkenswert auffälliger Übereinstimmung zu psychopathologischen Symptommhäufigkeiten des Vergleichszeitraums 1978.

Wir betrachten die Diagnosengruppe "Anorexia nervosa", die im Jahre 1982 16 Patienten umfaßt (0,8% aller Patienten des Jahres 1982). Vergleichsergebnisse aus dem Beobachtungszeitraum 1978 liegen für diese Gruppe nicht vor. Wir erkennen 1982 ein deutliches weibliches Übergewicht, entsprechend einem Anteil von 84%, bei einem durchschnittlichen Alter von 24,1 Jahren (dem jüngsten aller 13 Diagnosengruppen). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 50,9 Tage. Zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme erkennen wir hier, mit 45,1 Punkten, abgesehen von "Alkohol- und Drogenpsychosen" die stärkste psychosoziale Beeinträchtigung aller 13 Diagnosengruppen. Psychopathologisch im Vordergrund stehen häufigste und schwerste gastro-intestinale Störungen (vor allem Erbrechen), Menstruationsstörungen sowie stark reduzierte Sexualität (bis zu 56% der Fälle). Charakteristische Häufigkeiten notieren wir unter Antriebs- u. psychomotorischen Störungen für gesteigerten Antrieb und Logorrhoe (bis zu 37%). Jeder 2. Patienten zeigt außerdem ausgeprägtes mangelndes Krankheitsbewußtsein. 25% der Patienten, damit mehr als in anderen Diagnosengruppen, lehnen die Behandlung ab. Affektstörungen kommen auffällig selten vor. (Depressionen, in nur 37% der Fälle, sehen wir am häufigsten). Auf vereinzelte Zwänge (max. 12%) sei hingewiesen.

Wir untersuchen, im Rahmen der Hauptdiagnosengruppe III, "Alkohol-/ Medikamenten-/ Drogenabhängigkeit und Mißbrauch, die Diagnosengruppen "Alkoholismus" sowie "Medikamenten- und Drogenabhängigkeit/bzw. -mißbrauch." Diese vergleichen wir mit entsprechenden Patientengruppen des Jahres 1978.

Wir zählen 1982 in der Diagnosengruppe "Alkoholismus" 235 Patienten (11,9% aller Patienten des Jahres 1982), und somit 3 mal so viele wie 1978 (77 Patienten). Das Durchschnittsalter von 37,5 Jahren liegt geringfügig über dem der Vergleichsgruppe von 1978 (vgl. 34,3 Jahre). Der durchschnittliche Aufenthalt dauert 1982, mit 20,5 Tagen, durchschnittlich um 2,5 Tage länger als 1978.

Sehen wir von überdurchschnittlich zahlreichen Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen (bis zu 48%) sowie häufigem verlangsamtem Denken (21%) ab, ergeben sich 1982 in der Gruppe "Alkoholismus" wenig charakteristische, psychopathologische Symptommhäufigkeiten. Vielmehr wird das Befundbild von zahlreichen vegetativen Störungen, wie vermehrtem Schwitzen (54%), neurologischen Auffälligkeiten wie Tremor (43%), oder häufigen gastro-intestinalen Störungen wie Übelkeit und Erbrechen (bis zu 23%), geprägt.

Abgesehen von 1978 deutlich häufigeren Schlaf- und Vigilanzstörungen, ist die Übereinstimmung der Symptommhäufigkeiten beider Vergleichszeiträume bemerkenswert.

Wir betrachten 55 Patienten der Diagnosengruppe "Medikamenten- und Drogenabhängigkeit/bzw. -mißbrauch" (2,8% aller Patienten des Jahres 1982) und vergleichen deren Daten mit Häufigkeiten, die im Jahre 1978 an 28 Patienten mit Medikamentenabhängigkeit erhoben wurden.

Überdurchschnittliche häufige Konzentrationsstörungen (bis zu 44%), zahlreiche formale Denkstörungen (bis zu 24%) sowie häufigst verminderter Antrieb (31%) sind 1982, im Diagnosengruppenvergleich, die wenigen psychopathologischen Auffälligkeiten. Auf markante Häufigkeiten an Schlaf- und Vigilanzstörungen (bis zu 49% der Fälle), Obstipation (13%), und vermehrtem Schwitzen (33%) sei unter somatischen Störungen hingewiesen. Ein eigenes Profil, vor allem in Abgrenzung zu

"Alkoholismus", können wir 1982 nur unvollständig beschreiben. Wir vergleichen die in dieser Diagnosengruppe erhobenen Symptommhäufigkeiten mit denen des Jahres 1978, und erkennen 1978 unter den Affektstörungen deutlich häufigeres Auftreten der Symptome Ratlosigkeit, Störungen der Vitalgefühle, Affektarmut und innere Unruhe (bis zu 68%, gegenüber max. 42% 1982). Auch somatische Beschwerden wie Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Frösteln und Tremor sind 1978 in einem deutlich stärkeren Ausmaß beschrieben als in unserer Untersuchung im Zeitraum 1982 (bis zu 39%, gegenüber max. 11% 1982).

Wir vergleichen die beiden Diagnosengruppen der Hauptdiagnosengruppe III untereinander. Dabei notieren wir in der Gruppe "Alkoholismus" ein Männerübergewicht, ($m : f = 1,6 : 1$), dem ein Frauenübergewicht in der Gruppe "Medikamenten- und Drogenabhängigkeit/ bzw. -mißbrauch" ($m : f = 1 : 1,2$) gegenübersteht. Das Durchschnittsalter beider Diagnosengruppen ist, mit 37,5 Jahren bzw. 36 Jahren, nahezu identisch. Die Aufenthaltsdauer der Patienten der Gruppe "Alkoholismus" (20,5 Tage) liegt im Schnitt um 4 Tage unter der der Gruppe "Medikamenten- und Drogenabhängigkeit/ bzw. -mißbrauch" (24,2 Tage). Die psychosoziale Beeinträchtigung beider Diagnosengruppen erreicht bei Aufnahme, mit 48,3 bzw. 48,5 Punkten, ein ähnliches Ausmaß. Der Krankheitsverlauf ist in der Patientengruppe "Alkoholismus", entsprechend einer Verbesserung von 15,9 Punkten (gegenüber 12,5 Punkten), etwas günstiger. Das Symptombild der Diagnosengruppe "Medikamenten- und Drogenabhängigkeit/bzw. -mißbrauch" zeigt formale Denkstörungen, in bis zu 24% der Fälle, teilweise doppelt so häufig wie das der Gruppe "Alkoholismus". Auch Antriebsarmut (31%) sehen wir bei diesen Patienten in größerer Zahl (vgl. 6%, bei Alkoholismus). Andere psychopathologische Häufigkeitsunterschiede sind weniger charakteristisch.

Größere Diskrepanzen erkennen wir dagegen unter somatischen Auffälligkeiten. In fast doppelter Prozentzahl wie in der Gruppe "Alkoholismus" finden sich, im Rahmen von Medikamenten- und Drogenabhängigkeit, Schlaf- und Vigilanzstörungen (max. 49%) sowie Obstipation (13% gegenüber 2%). Beschwerden wie

Übelkeit, Erbrechen, vermehrtes Schwitzen, aber auch neurologische Auffälligkeiten sehen wir dagegen bei Patienten mit "Alkoholismus" (bis zu 54% der Fälle) mehr als doppelt so häufig als in der Diagnosengruppe 12, "Medikamenten- u. Drogenabhängigkeit/ bzw. -mißbrauch". Wir vergleichen weiter demographische und psychopathologische Daten der Hauptgruppe III mit einer Gesamtgruppe "Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit" des Jahres 1978. Abgesehen von einem 1978 deutlich stärkeren Männerübergewicht ($m : f = 2 : 1$, gegenüber $1,4 : 1$ 1982) erhalten wir dabei im großen und ganzen vergleichbare Ergebnisse.

Als letzte der 13 Diagnosengruppen betrachten wir die Gruppe "Alkohol- und Drogenpsychosen," und stellen diese einer Patientengruppe "akuter, organischer Psychosen" des Beobachtungszeitraums 1978 gegenüber.

Die 64 Patienten unserer Diagnosengruppe (3,2% aller Patienten des Jahres 1982) sind durchschnittlich 38,8 Jahre alt. Wir erhalten 1982 eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 23,8 Tagen. Die durchschnittlich PSB entspricht 32,2 Bewertungspunkten, und damit dem niedrigsten Wert aller 13 Diagnosengruppen. Zum Vergleich: Im Jahre 1978 wiesen Patienten der ICD-8-Kategorie "akute organ. Psychosen" ein etwas höheres Durchschnittssalter von 39,9 Jahren auf sowie eine deutlich längere durchschnittliche Aufenthaltsdauer von ca. 29 Tagen. Unsere Untersuchung zeigt 1982 für "Alkohol- und Drogenpsychosen" ein sehr spezifisches Symptomprofil, das sich neben max. häufigen Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen (bis zu 72%) sowie verschiedenen Bewußtseins- und Orientierungsstörungen (bis zu 12%), durch diverse Wahnsymptome bzw. Sinnestäuschungen auszeichnet. Dabei sehen wir unter den Wahnsymptomen Beinträchtigungs- und Verfolgungswahn (36%) am häufigsten; Sinnestäuschungen treten meist in Form optischer Halluzinationen (44%) oder Stimmenhörens (39%) auf. Es fällt außerdem ein sehr typisches Verteilungsbild von Affektstörungen auf, geprägt von innerer Unruhe, Ängstlichkeit und Ratlosigkeit (bis zu 61% der Fälle). Auffällige Häufigkeiten stellen wir ferner

für verlangsamtes Denken, motorische Unruhe sowie vermindertes Krankheitsbewußtsein fest (bis zu 44% der Fälle). Nebst häufiger Verkürzung der Schlafdauer (31%) sowie zahlreichen gastro-intestinalen Beschwerden, sind es vor allem die Symptome vermehrtes Schwitzen bzw. Tremor (je 58%), die das somatische Zustandsbild dieser Patientengruppe bestimmen. Bei einer psychopathologischen Vergleichsbetrachtung mit der nosologisch sehr heterogenen ICD-8-Kategorie "akute organische Psychosen" des Jahres 1978, fällt uns 1982 ein deutlich häufigeres Auftreten von Sinnestäuschungen (max. 44%, gegenüber 22% 1978) und motorischer Unruhe (54%, gegenüber 36% 1978) auf. Unter den somatischen Störungen sehen wir v.a. Schwitzen (vermehrt) und Tremor 1982 bei einer größeren Zahl von Patienten als in unserer Vergleichsgruppe 1978 (max. 58% 1982, gegenüber max. 34% 1978).

Generell unterscheiden wir in unserer Untersuchung unspezifisch häufige Symptome von, für einzelne Diagnosengruppen, spezifischen Merkmalen. Als wichtigstes Ergebnis halten wir fest, daß affektive Symptome die geringste, formale Denkstörungen bzw. Befürchtungen/Zwänge dagegen eine vergleichsweise stärkste Spezifität aufweisen, d.h. Rückschlüsse auf einzelne Diagnosen zulassen.

Im Jahr 1980 wurde das DSM-III, ein neues Klassifikationssystem psychiatrischer Erkrankungen, veröffentlicht. 1984 folgte eine deutschsprachige Übersetzung, deren Erscheinen wir zum Anlaß nehmen, eine kurze Vergleichsbetrachtung anzustellen zwischen der DSM-III-Kategorie "Angstsyndrome" und entsprechenden Daten unserer ICD-9-Diagnosengruppen "Angstneurosen und Phobien" bzw. "Zwangsneurosen".

Wir betrachten zuerst unsere Gruppe "Angstneurosen und Phobien". Demographische Angaben wie höhere Prävalenz der Angstneurosen, vergleichsweise niedrigeres Lebensalter sowie Bevorzugung des weiblichen Geschlechts stimmen mit diesbezüglichen DSM-III-Angaben überein. Gleiches gilt für das Symptombild, das wir jetzt in der Diagnosengruppe "Angstneurosen und Pho-

bien" erstellen. Typisch sind dabei die häufigen Symptome Ängstlichkeit, Depressionen, motorische Unruhe, Hypochondrie sowie vielfältige somato-vegetative Störungen, und bestätigen damit weitgehend entsprechende DSM-III-Kriterien dieser psychiatrischen Krankheitskategorie.

Auch für unsere Diagnosengruppe "Zwangsneurosen" erkennen wir ein Symptomprofil, das, allerdings in Ergänzung formaler Denkstörungen, der DSM-III-Beschreibung für "Zwangssyndrome" entspricht. Zwänge, Ängstlichkeit, Depressionen, eingeengtes Denken, Grübeln und Phobien sind, im Einklang zu DSM-III, 1982 häufigst genannte psychopathologische Auffälligkeiten.

Unsere klinischen Daten lassen sich somit recht gut auf die neuen DSM-III-Diagnosekriterien für Angstsyndrome übertragen; es sei an dieser Stelle einschränkend angefügt, daß komplexere Verlaufsbeschreibungen bzw. ätiologische Überlegungen innerhalb des DSM-III, in unserer Untersuchung nicht berücksichtigt werden konnten. Zukünftige Vergleichsbetrachtungen dieser Art werden neben empirisch-statistischen Ergebnissen von ergänzenden Kasuistiken Gebrauch machen müssen.

Abschließend geben wir eine Bewertung unserer Ergebnisse. Für einige Diagnosengruppen konnten, auf der Grundlage der ICD-9-Klassifikation, eigene Symptomprofile erstellt werden; für andere gelang dieses nur sehr unvollständig (so z.B. auch für die beiden, differentialdiagnostisch interessanten Gruppen "neurotische Depression und längere depressive Reaktionen" bzw. "kurzdauernde depressive Reaktionen").

Differenzierende Einzelbeschreibungen in speziellen Untersuchungen sind aber weiterhin unerlässlich.

Dies gilt auch für zukünftige Vergleiche mit dem DSM-III, dessen psychopathologische Kriterien für entsprechende Diagnose wir in unseren klinischen Daten bestätigt finden. Ein Vergleich mit Symptomprofilen von Diagnosen, die 1978, basierend auf der 8. Revision der ICD, aufgebaut wurden, bringt zu weiten Teilen übereinstimmende Ergebnisse. Die 9. Revision der ICD erlaubt jedoch jetzt eine differenziertere Beurteilung leichter depressiver Zustandsbilder als die ICD-8,

im Jahr 1978. Dem tragen wir durch Schaffung unserer ICD-9-Diagnosengruppen "neurotische Depression und längere depressive Reaktionen", "kurze depressive Reaktionen" und "übrige Anpassungsstörungen" Rechnung. Wir erhalten letztendlich für 1982 eine bessere Aufschlüsselung leichter depressiver Erkrankungen, die 1978 alle unter die ICD-8-Kategorie "neurotische Depression" subsummiert wurden.

Diese Verbesserung hat sich unserer Meinung nach ebenso bewährt wie die, in dieser Arbeit erstmalig, differenziertere Betrachtung einzelner ICD-9-Kategorien für Neurosen, welche 1982 durchaus verschiedene Symptomprofile erkennen lassen.

Wichtigstes Ziel dieser Arbeit ist es, Vergleichsdaten für ähnliche, deskriptiv-statistische Untersuchungen, basierend auf der 9. - oder zukünftigen - Revision der ICD zu liefern.

8. Anhang

8.1 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellen

- 1 Vergleich der Häufigkeiten der untersuchten Diagnosengruppen;
Einteilung unter Berücksichtigung des ICD-Schlüssels
- 2 Vergleich der Häufigkeiten der untersuchten Hauptdiagnosengruppen
- 3 Einteilung der Diagnosengruppen nach Geschlechterrelation
in abnehmendem Verhältnis Männer : Frauen
- 4 Einteilung der Diagnosengruppen nach zunehmendem Durchschnittsalter
der Patienten
- 5 Einteilung der Diagnosengruppen nach zunehmender Aufenthaltsdauer
der Patienten
- 6 Einteilung der Diagnosengruppen nach durchschnittlicher psychosozialer
Beeinträchtigung (PSB)
- 7 Vergleich der Symptomatik der Diagnosengruppen (5.)
- 8 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe
Angstneurosen und Phobien (4.1.6)
- 9 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe
hysterische Neurosen (4.2.6)
- 10 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe
Zwangsneurosen (4.3.6)
- 11 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe
hypochondrische Neurosen (4.4.6)
- 12 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe
übrige Neurosen (4.5.6)
- 13 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe
neurotische Depression und längere depressive Reaktionen (4.6.6)

- 14 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe kurzdauernde depressive Reaktionen (4.7.6)
- 15 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe übrige Anpassungsstörungen (4.8.6)
- 16 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe Persönlichkeitsstörungen (4.9.6)
- 17 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe Anorexia nervosa (4.10.6)
- 18 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe Alkoholismus (4.11.6)
- 19 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe Medikamenten-und Drogenabhängigkeit/ bzw.-mißbrauch (4.12.6)
- 20 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe Drogen- bzw. Alkoholpsychosen (4.13.6)
- 21 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Restgruppe übrige Diagnosen (4.14.6)
- 22 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Hauptdiagnosengruppe Neurosen und längere depressive Reaktionen (4.16.6)
- 23 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Hauptdiagnosengruppe psychogene Reaktionen (4.17.6)
- 24 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Hauptdiagnosengruppe Alkohol-/Medikamenten-/Drogenabhängigkeit und deren Mißbrauch (4.18.6)

Abbildungen

- 1 Altersverteilung aller Patienten der Diagnosengruppe Angstneurosen und Phobien (4.1.3)
- 2 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht der Diagnosengruppe Angstneurosen und Phobien (incl. Geschlechtsverteilung/ 4.1.3)
- 3 Aufenthaltsverteilung der Diagnosengruppe Angstneurosen u. Phobien (4.1.4)

- 4 Global Assessment Scale - Verteilung der Diagnosengruppe
Angstneurosen u. Phobien (= PSB-Verteilung/ 4.1.5)
- 5 Altersverteilung aller Patienten der Diagnosengruppe hysterische
Neurosen (4.2.3)
- 6 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht der Diagnosengruppe
hysterische Neurosen (incl. Geschlechtsverteilung/ 4.2.3)
- 7 Aufenthaltsverteilung der Diagnosengruppe hysterische Neurosen (4.2.4)
- 8 Global Assessment Scale - Verteilung der Diagnosengruppe
hysterische Neurosen (= PSB-Verteilung/ 4.2.5)
- 9 Altersverteilung aller Patienten der Diagnosengruppe Zwangsneurosen (4.3.3)
- 10 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht der Diagnosengruppe
Zwangsneurosen (incl. Geschlechtsverteilung/ 4.3.3)
- 11 Aufenthaltsverteilung der Diagnosengruppe Zwangsneurosen (4.3.4)
- 12 Global Assessment Scale - Verteilung der Diagnosengruppe
Zwangsneurosen (= PSB-Verteilung/ 4.3.5)
- 13 Altersverteilung aller Patienten der Diagnosengruppe hypochondrische
Neurosen (4.4.3)
- 14 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht der Diagnosengruppe
hypochondrische Neurose (incl. Geschlechtsverteilung/ 4.4.3)
- 15 Aufenthaltsverteilung der Diagnosengruppe hypochondrische Neurosen (4.4.4)
- 16 Global Assessment Scale der Diagnosengruppe hypochondrische Neu-
rosen (= PSB-Verteilung/ 4.4.5)
- 17 Altersverteilung aller Patienten der Diagnosengruppe übrige Neurosen (4.5.3)
- 18 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht der Diagnosengruppe
übrige Neurosen (incl. Geschlechtsverteilung/ 4.5.3)
- 19 Aufenthaltsverteilung der Diagnosengruppe übrige Neurosen (4.5.4)
- 20 Global Assessment Scale - Verteilung der Diagnosengruppe übrige
Neurosen (= PSB-Verteilung/ 4.5.5)
- 21 Altersverteilung aller Patienten der Diagnosengruppe neurotische
Depression und längere depressive Reaktionen (4.6.3)

- 22 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht der Diagnosengruppe neurotische Depression und längere depressive Reaktionen (incl. Geschlechtsverteilung/ 4.6.3)
- 23 Aufenthaltsverteilung der Diagnosengruppe neurotische Depression und längere depressive Reaktionen (4.6.3)
- 24 Global Assessment Scale - Verteilung der Diagnosengruppe neurotische Depression und längere depressive Reaktionen (= PSB-Verteilung/ 4.6.5)
- 25 Altersverteilung aller Patienten der Diagnosengruppe kurzdauernde depressive Reaktionen (4.7.3)
- 26 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht der Diagnosengruppe kurzdauernde depressive Reaktionen (incl. Geschlechtsverteilung/ 4.7.3)
- 27 Aufenthaltsverteilung der Diagnosengruppe kurzdauernde depressive Reaktionen (4.7.4)
- 28 Global Assessment Scale - Verteilung der Diagnosengruppe kurzdauernde depressive Reaktionen (= PSB-Verteilung/ 4.7.5)
- 29 Altersverteilung aller Patienten der Diagnosengruppe übrige Anpassungsstörungen (4.8.3)
- 30 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht der Diagnosengruppe übrige Anpassungsstörungen (incl. Geschlechtsverteilung/ 4.8.3)
- 31 Aufenthaltsverteilung der Diagnosengruppe übrige Anpassungsstörungen (4.8.4)
- 32 Global Assessment Scale - Verteilung der Diagnosengruppe übrige Anpassungsstörungen (= PSB-Verteilung/ 4.8.5)
- 33 Altersverteilung aller Patienten der Diagnosengruppe Persönlichkeitsstörungen (4.9.3)
- 34 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht der Diagnosengruppe Persönlichkeitsstörungen (incl. Geschlechtsverteilung/ 4.9.3)
- 35 Aufenthaltsverteilung der Diagnosengruppe Persönlichkeitsstörungen (4.9.4)
- 36 Global Assessment Scale - Verteilung der Diagnosengruppe Persönlichkeitsstörungen (= PSB-Verteilung/ 4.9.5)
- 37 Altersverteilung aller Patienten der Diagnosengruppe Anorexia nervosa (4.10.3)

- 38 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht der Diagnosengruppe Anorexia nervosa (incl. Geschlechtsverteilung/ 4.10.3)
- 39 Aufenthaltsverteilung der Diagnosengruppe Anorexia nervosa (4.10.4)
- 40 Global Assessment Scale - Verteilung der Diagnosengruppe Anorexia nervosa (= PSB-Verteilung/ 4.10.5)
- 41 Altersverteilung aller Patienten der Diagnosengruppe Alkoholismus (4.11.3)
- 42 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht der Diagnosengruppe Alkoholismus (incl. Geschlechtsverteilung/ 4.11.3)
- 43 Aufenthaltsverteilung der Diagnosengruppe Alkoholismus (4.11.4)
- 44 Global Assessment Scale - Verteilung der Diagnosengruppe Alkoholismus (= PSB-Verteilung/ 4.11.5)
- 45 Altersverteilung aller Patienten der Diagnosengruppe Medikamenten- und Drogenabhängigkeit/ bzw. -mißbrauch (4.12.3)
- 46 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht der Diagnosengruppe Medikamenten- u. Drogenabhängigkeit/ bzw. -mißbrauch (incl Geschlechtsverteilung/ 4.12.3)
- 47 Aufenthaltsverteilung der Diagnosengruppe Medikamenten- u. Drogenabhängigkeit/ bzw. -mißbrauch (4.12.4)
- 48 Global Assessment Scale der Diagnosengruppe Medikamenten- u. Drogenabhängigkeit/ bzw. -mißbrauch (= PSB-Verteilung/ 4.12.5)
- 49 Altersverteilung aller Patienten der Diagnosengruppe Drogen- bzw. Alkoholpsychosen (4.13.3)
- 50 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht der Diagnosengruppe Drogen- bzw. Alkoholpsychosen (incl. Geschlechtsverteilung/ 4.13.3)
- 51 Aufenthaltsverteilung der Diagnosengruppe Drogen- bzw. Alkoholpsychosen (4.13.4)
- 52 Global Assessment Scale - Verteilung der Diagnosengruppe Drogen- bzw. Alkoholpsychosen (= PSB-Verteilung/ 4.13.5)
- 53 Altersverteilung aller Patienten der Hauptdiagnosengruppe Neurosen und längere depr. Reaktionen (4.16.3)

- 54 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht der Hauptdiagnosengruppe Neurosen und längere depr. Reaktionen (incl. Geschlechtsverteilung/ 4.16.3)
- 55 Aufenthaltsverteilung der Hauptdiagnosengruppe Neurosen und längere depr. Reaktionen (4.16.4)
- 56 Global Assessment Scale - Verteilung der Hauptdiagnosengruppe Neurosen und längere depr. Reaktionen (= PSB - Verteilung/ 4.16.5)
- 57 Altersverteilung aller Patienten der Hauptdiagnosengruppe psychogene Reaktionen (4.17.3)
- 58 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht der Hauptdiagnosengruppe psychogene Reaktionen (incl. Geschlechtsverteilung/ 4.17.3)
- 59 Aufenthaltsverteilung der Hauptdiagnosengruppe psychogene Reaktionen (4.17.4)
- 60 Global Assessment Scale - Verteilung der Hauptdiagnosengruppe psychogene Reaktionen (= PSB - Verteilung/ 4.17.5)
- 61 Altersverteilung aller Patienten der Hauptdiagnosengruppe Alkohol-/Medikamenten-/Drogenabhängigkeit und deren Mißbrauch (4.18.3)
- 62 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht der Hauptdiagnosengruppe Alkohol-/Medikamenten-/Drogenabhängigkeit und deren Mißbrauch (incl. Geschlechtsverteilung/ 4.18.3)
- 63 Aufenthaltsverteilung der Hauptdiagnosengruppe Alkohol-/Medikamenten-/Drogenabhängigkeit und deren Mißbrauch (4.18.4)
- 64 Global Assessment Scale - Verteilung der Hauptdiagnosengruppe Alkohol-/Medikamenten-/Drogenabhängigkeit und deren Mißbrauch (= PSB - Verteilung/ 4.18.5)

8.2 T a b e l l e n

Vergleich der HäufigkeitenTab.1 Vergleich der Häufigkeiten der untersuchten Diagnosegruppen;
Einteilung unter Berücksichtigung des ICD-Schlüssels

Gruppe	ICD-Nr.	D i a g n o s e n	Fallzahl		
			abs.	% ¹	% ²
1		<u>Angstneurosen u. Phobien</u>	<u>27</u>	3,5	1,4
	300.0	Angstneurosen	25		
	300.2	Phobien	2		
2	300.1	<u>Hysterische Neurosen</u>	28	3,7	1,4
3	300.3	<u>Zwangsneurosen</u>	8	1,0	0,4
4	300.7	<u>Hypochondrische Neurosen</u>	20	2,6	1,0
5		<u>Uebrig e Neurosen</u>	<u>18</u>	2,3	0,9
	300.5	Neurasthenie	10		
	300.6	Neurot. Depersonalitätssyndrom	1		
	300.8	Andere Neurosen	6		
	300.9	Nicht näher bezeichnete Neurosen	1		
6		<u>Neurotische Depressionen u. längere depressive Reaktionen</u>	<u>100</u>	13,0	5,1
	300.4	Neurotische Depression	17		
	309.1	Länger dauernde depr. Reaktion	83		

Gruppe	ICD-Nr.	D i a g n o s e n	Fallzahl		
			abs.	% ¹	% ²
7	309.0	<u>Kurzdauernde depressive Reaktionen</u>	81	10,6	4,1
8		<u>Übrige Anpassungsstörungen</u>	12	1,6	0,6
	309.2	Anpassungsstörung mit vorwiegend emotionaler Symptomatik	2		
	309.3	Anpassungsstörung vorwiegend im Sozialverhalten	5		
	309.4	Anpassungsstörung im Sozialverhalten mit emotionaler Symptomatik	5		
	309.8	Andere Anpassungsstörungen	-		
	309.9	Nicht näher bez. Anpassungsstörungen	-		
9		<u>Persönlichkeitsstörungen</u>	75	9,8	3,8
	301.0	Paranoide Persönlichkeit	5		
	301.1	Zyklothyme Persönlichkeit	9		
	301.2	Schizoide Persönlichkeit	1		
	301.3	Erregbare Persönlichkeit	7		
	301.4	Anankastische Persönlichkeit	5		
	301.5	Hysterische Persönlichkeit	26		
	301.6	Asthenische Persönlichkeit	1		
	301.7	Persönlichkeitsstörung mit vorwiegend soziopath. oder asozialem Verhalten	5		
	301.8	Andere Persönlichkeitsstörungen	13		
	301.9	Nicht näher bez. Persönlichkeitsstörungen	3		

Gruppe	ICD-Nr.	D i a g n o s e n	Fallzahl		
			abs.	% ¹	% ²
10	307.1	<u>Anorexia nervosa</u>	16	2,1	0,8
	307.5	Andere nicht näher bez. Eßstörungen	2		
11		<u>Alkoholismus</u>	235	30,6	11,9
	303	Alkoholabhängigkeit	210		
	305.0	Alkoholmißbrauch	25		
12		<u>Medikamenten- u. Drogenabhängigkeit bzw. mißbrauch</u>	55	7,2	2,8
	304.0	Morphintyp	10		
	304.1	Barbiturattyp	14		
	304.2	Kokain	-		
	304.3	Cannabis	-		
	304.4	Amphetamintyp u. andere Stimulantien	-		
	304.5	Halluzinogene	1		
	304.6	Abhängigkeit von anderen Drogen	-		
	304.7	Politoxikomanie incl. Morphintyp	8		
	304.8	Politoxikomanie ohne Morphintyp	10		
	304.9	Nicht näher bez. Medikamenten-/Drogenabhängigkeit	-		
	305.1	Nikotinmißbrauch	-		
	305.2	Cannabismißbrauch	2		
	305.3	Halluzinogenmißbrauch	-		
	305.4	Mißbrauch von Barbituraten u. Tranquilizern	6		
	305.5	Mißbrauch vom Morphintyp	-		
	305.6	Mißbrauch vom Kokaintyp	-		
	305.7	Mißbrauch vom Amphetamintyp	2		
	305.8	Mißbrauch von Antidepressiva	-		
	305.9	Anderer Mißbrauch	2		

Gruppe	ICD-Nr.	D i a g n o s e n	Fallzahl		
			abs.	% ¹	% ²
13		<u>Drogen-u. Alkoholpsychosen</u>	64	8,3	3,2
	291.0	Delirium tremens	23		
	291.1	Korsakow-Psychose	1		
	291.2	Andere Alkoholdemenz	2		
	291.3	Alkohol-Halluzinose	13		
	291.4	Pathologischer Rausch	1		
	291.5	Alkoholischer Eifersuchtswahn	-		
	291.8	Andere Alkoholpsychosen	9		
	291.9	Nicht näher bez. Alkoholpsychosen	2		
	292.0	Drogenentzugssyndrom	3		
	292.1	Drogeninduzierte paranoide u./o. halluzinat. Zustandsbilder	9		
	292.2	Pathologischer Drogenrausch	-		
	292.8	Andere Drogenpsychosen	1		
		<u>Übrige Diagnosen</u>	28	3,7	1,4
	302	Sexuelle Verhaltensabweichungen u. Störungen			
	306	Körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs			
	307.0				
	307.2				
	307.3	Spezielle nicht anderweitig klassifizierbare Symptome			
	307.4				
	308	Akute Belastungsreaktionen			
	311	Andere nicht klassifiz. Zustände			
	312	Andere nicht klassifiz. Störungen des Sozialverhaltens			

Gruppe	ICD-Nr.	D i a g n o s e n	Fallzahl		
			abs.	% ¹	% ²
	313	Spezifische emotionale Störungen des Kindes-u. Jugendalters			
	314	Hyperkinetisches Syndrom des Kindesalters			
	315	Umschriebene Entwicklungsrückstände			
	316	Anderweitig klassifizierte Erkrankungen bei denen psych. Faktoren eine Rolle spielen			
S u m m e			767	100.0	38.8

¹Prozentualer Anteil an den 767 Patienten, die in dieser Arbeit untersucht werden

²Prozentualer Anteil an der gesamten Klinikpopulation (1973 Patienten des Jahres 1982)

Einteilung der HauptdiagnosengruppenTab.2 Vergleich der Häufigkeiten der untersuchten Hauptdiagnosengruppen und deren Einteilung

Haupt- gruppe	D i a g n o s e n g r u p p e	Fallzahl		
		abs.	% ¹	% ²
I	<u>Neurosen und längere depressive Reaktionen</u>	201	26,2	10,2
	Angstneurosen und Phobien			
	Hysterische Neurosen			
	Zwangsneurosen			
	Hypochondrische Neurosen			
	Übrige Neurosen			
	Neurotische Depression und längere depressive Reaktionen			
II	<u>Psychogene Reaktionen</u>	100	13,0	5,1
	Kurzdauernde depressive Reaktionen			
	Übrige Anpassungsstörungen			
	(akute Belastungsreaktionen)			
III	<u>Alkohol-/Medikamenten-/Drogenabhängigkeit</u>	290	37,8	14,7
	<u>sowie deren Mißbrauch</u>			
	Alkoholismus			
	Medikamenten-und Drogenabhängigkeit/ bzw. deren Mißbrauch			

1) Anteil am Untersuchungsgut der 767 Patienten dieser Arbeit

2) Anteil an der Klinikpopulation 1982 (1973 Patienten)

Vergleich der Geschlechterrelationen

Tab.3 Einteilung der Diagnosengruppen nach Geschlechterrelation
in abnehmendem Verhältnis Männer (m) : Frauen (f)

D i a g n o s e n g r u p p e	Relation m : f	Fallzahl	
		m	f
1. Übrige Anpassungsstörungen (ICD 309.2-9)	5 : 1	10	2
2. Zwangsneurosen (ICD 300.3)	3 : 1	6	2
3. Drogen-u.Alkoholpsychosen (ICD 291 u. 292)	2 : 1	43	21
4. Kurzdauernde depressive Reaktionen (ICD 309.0)	1.8 : 1	52	29
5. Persönlichkeitsstörungen(ICD 301)	1.7 : 1	47	28
6. Alkoholismus (ICD 303 u.305.0)	1.6 : 1	146	89
7. Hypochondr. Neurosen (ICD 300.7)	1.5 : 1	12	8
8. Übrige Neurosen (ICD 300.5,6,8,9)	1.2 : 1	10	8
9. Neurotische Depression u. längere depr. Reaktion (ICD 300.4,309.1)	1 : 1.2	45	55
10. Medikamenten-u. Drogenabhängig- keit/bzw.-mißbrauch(ICD 304,305)	1 : 1.5	22	33
11. Angstneurosen u. Phobien (ICD 300.0 u. 300.2)	1 : 1.5	11	16
12. Hyster. Neurosen (ICD 300.1)	1 : 1.8	10	18
13. Anorexia nervosa (ICD 307.1 u. 307.5)	1 : 7	2	14

Vergleich des Durchschnittsalters

Tab.4 Einteilung der Diagnosengruppen nach zunehmendem Durchschnittsalter der Patienten

D i a g n o s e n g r u p p e	Durchschnittsalter (in Jahren)		
	ges.	Männer	Frauen
1. Anorexia nervosa (ICD 307.1,5)	24	30	23
2. Übrige Anpassungsstörungen (ICD 309.2-9)	28	28	25
3. Persönlichkeitsstörungen (ICD 301)	30	32	27
4. Zwangsneurosen (ICD 300.3)	31	29	36
5. Übrige Neurosen (ICD 300.5,6,8,9)	33	27	39
6. Kurzdauernde depressive Reaktionen (ICD 309.0)	33	30	27
7. Angstneurosen u. Phobien (ICD 300.0 u. 300.2)	35	36	35
8. Medikamenten-u. Drogenabhängigkeit /bzw.-mißbrauch (ICD 304, 305.1-9)	36	31	39
9. Alkoholismus (ICD 303 u. 305.0)	37	36	40
10. Neurotische Depression u. längere depr. Reaktion (ICD 300.4 u. 309.1)	38	35	40
11. Alkohol-u. Drogenpsychosen (ICD 291 u. 292)	39	37	42
12. Hyster. Neurosen (ICD 300.1)	40	36	42
13. Hypochondr. Neurosen (ICD 300.7)	42	40	46

Vergleich der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in der Klinik

Tab.5 Einteilung der Diagnosengruppen nach zunehmender durchschnittlicher Aufenthaltsdauer der Patienten

D i a g n o s e n g r u p p e	Aufenthaltsdauer (in Tagen)		
	ges.	Männer	Frauen
1. Kurzdauernde depressive Reaktionen (ICD 309.0)	18	19	17
2. Übrige Anpassungsstörungen (ICD 309.2-9)	19	18	24
3. Alkoholismus (ICD 303 u. 305.0)	20	19	22
4. Alkohol-u. Drogenpsychosen (ICD 291 u. 292)	23	24	23
5. Neurotische Depression u. längere depr. Reaktion (300.4 u. 309.1)	24	21	26
6. Medikamenten-u. Drogenabhängigkeit bzw. -mißbrauch (ICD 304 u. 305.1-9)	24	19	28
7. Hypochondr. Neurosen (ICD 300.7)	25	16	37
8. Hyster. Neurosen (ICD 300.1)	26	26	26
9. Angstneurosen u. Phobien (ICD 300.0 u. 300.2)	27	20	33
10. Persönlichkeitsstörungen (ICD 301)	31	29	34
11. Übrige Neurosen (ICD 300.5,6,8,9)	37	29	48
12. Zwangsneurosen (ICD 300.3)	39	23	86
13. Anorexia nervosa (ICD 307.1,5)	51	30	54

Vergleich der durchschnittlichen psychosozialen Beeinträchtigung

Tab.6 Einteilung der Diagnosengruppen nach durchschnittlicher psychosozialer Beeinträchtigung (PSB); Bewertung entsprechend der "Global Assessment Scale"(GAS, siehe Anhang S. 339); Reihenfolge in zunehmender Verbesserung zwischen Aufnahme-u. Entlassungsbefund

D i a g n o s e n g r u p p e	Durchschnittl. GAS-Werte (Wertungsstufen 1-100)		
	A.-Bef.	E.-Bef.	Verbess.
1. Uebrige Anpassungsstoerungen (ICD 309.2-9)	55,2	63,1	7,9
2. Anorexia nervosa (ICD 307.1,5)	45,1	56,2	11,1
3. Hypochondr. Neurosen (ICD 300.7)	55,2	66,8	11,6
4. Hyster. Neurosen (ICD 300.1)	53,2	64,9	11,7
5. Persoenlichkeitsstoerungen (ICD 301)	52,1	63,8	11,7
6. Uebrige Neurosen (ICD 300.5,6,8,9)	48,9	60,8	11,9
7. Medikamenten-u.Drogenabhaengigkeit bzw.- mißbrauch (ICD 304, 305.1-9)	49,2	61,7	12,5
8. Angstneurosen u. Phobien (ICD 300.0,2)	50,6	64,2	13,6
9. Zwangsneurosen (ICD 300.3)	45,6	59,6	14,0
10. Neurot. Depression u. laengere depr. Reaktion (ICD 300.4, 309.1)	50,0	65,1	15,1
11. Alkoholismus (ICD 303, 305.0)	48,3	64,2	15,9
12. Kurzdauernde depressive Reaktion (ICD 309.0)	50,7	69,3	18,6
13. Alkohol-u. Drogenpsychosen (ICD 291, 292)	33,2	61,2	28,0

Tab. 7 Vergleich der Symptomatik der Diagnosengruppen

S y m p t o m	D i a g n o s e n g r u p p e												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	Angstneurosen u. Phobien	Hysterische Neurosen	Zwangsneu- rosen	Hypochondr. Neurosen	Übrige Neu- rosen	Neurot. Depres. u. lang. Reakt.	Kurze depress -ive Reaktion	Übrige Anpass- ungsstörungen	Persönlich- keitsstörungen	Anorexia nervosa	Alkoholismus	Medik.-u. Drog. abhäng./mißbr.	Drogen-u. Alko- holpsychosen
<u>Bewußtseinsstörungen</u>													
B.-Verminderung	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	1	2	6
B.-Trübung	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0	12
B.-Einengung	0	0	12	0	0	0	1	0	0	0	3	4	12
<u>Orientierungsstörungen</u>													
zeitlich	0	4	0	0	0	2	0	0	1	0	4	0	27
örtlich	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	22
situativ	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	17
über d. eigene Person	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2

Angaben in % der Fälle

Angaben in % der Fälle

S y m p t o m	D i a g n o s e n g r u p p e												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Angstneurosen u. Phobien		Hysterische Neurosen	Zwangsneurosen	Hypochondrische Neurosen	Übrige Neurosen	Neurot. Depress. u. läng. Reaktion	Kurze depress. Reaktion	Übrige Anpassungsstörungen	Persönlichkeitsstörungen	Anorexia nervosa	Alkoholismus	Medikamenten u. Drogenabhäng.	Drogen- u. Alkoholschizophrenen
Aufmerksamkeits- u. Gedächtnisstörungen	7	4	0	0	6	5	7	8	1	0	17	9	42
Auffassungsstörungen	18	14	25	20	33	22	16	33	21	12	48	44	72
Konzentrationsstörungen	11	4	0	20	22	6	4	17	5	12	28	16	44
Merkfähigkeitsstörungen	4	4	0	5	17	4	0	0	8	6	14	7	34
Gedächtnisstörungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	6
Konfabulationen	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0
Paranthesien													
Formale Denkstörungen													
gehemmt	7	0	12	5	0	0	2	8	1	0	3	0	6
verlangsamt	7	7	0	10	11	15	16	8	9	6	21	18	34
unständig	11	4	37	15	28	13	9	17	11	0	12	24	17
eingeengt	26	25	50	40	18	20	17	42	13	25	9	22	22

Angaben in % der Fälle

S y m p t o m	D i a g n o s e n g r u p p e												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Angstneurosen u. Phobien		Hysterische Neurosen	Zwangsneurosen	Hypochondrische Neurosen	Übrige Neurosen	Neurot. Depress. u. läng. Reaktion	Kurze depress. Reaktion	Übrige Anpassungsstörungen	Persönlichkeitsstörungen	Anorexia nervosa	Alkoholismus	Medikamenten u. Drogenabhäng.	Drogen- u. Alkoholsychosen
perseverierend	7	0	25	10	6	5	2	17	1	6	3	7	9
Grübeln	11	4	62	20	28	31	9	8	8	0	6	20	6
Gedankendrängen	4	7	0	5	0	1	0	0	0	0	0	4	3
ideenflüchtig	0	0	0	0	17	1	1	0	0	0	0	4	6
Vorbeireden	0	0	0	0	6	0	0	0	5	0	2	4	12
gesperrt/Gedankenabreißen	4	0	0	0	6	0	0	8	0	0	0	0	3
inkohärent/zerfahren	4	0	0	0	0	0	0	0	3	2	0	2	14
Befürchtungen u. Zwänge													
Mißtrauen	11	7	0	5	22	9	12	25	21	12	7	16	20
Hypochondrie (n.wahnh.)	41	29	0	85	28	11	6	8	5	6	2	7	0
Phobien	37	4	25	10	6	2	1	0	8	0	4	2	0
Zwangsdenken	11	0	75	0	6	2	0	0	7	12	1	2	0
Zwangsimpulse	4	0	50	0	6	2	1	8	3	12	1	2	0

Angaben in % der Fälle

Symptom	Diagnosengruppe												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	Angstneurosen u. Phobien	Hysterische Neurosen	Zwangsneurosen	Hypochondrische Neurosen	Übrige Neurosen	Neurol. Depress. u. läng. Reaktion	Kurze depress. Reaktion	Übrige Anpass- ungsstörungen	Persönlich- keitsstörungen	Anorexia nervosa	Alkoholismus	Medikamenten u. Drogenabhäng.	Drogen-u. Alko- holpsychosen
<u>Sinnesstörungen</u>													
Illusionen	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12
Stimmenhören	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	39
andere akust. Halluzinationen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22
optische Halluzinationen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	44
Körperhalluzinationen	0	0	0	5	0	1	1	0	0	0	0	4	0
Geruchs-/Geschmackshalluzinat.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
<u>Ichstörungen</u>													
Derealisation	0	0	0	0	0	0	1	0	5	0	0	2	6
Depersonalisation	0	0	0	10	6	2	0	0	1	0	0	0	3
Gedankenentzug	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Gedankeneingebung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
and. Fremdbeeinfl.-Erlebnisse	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	6

Angaben in % der Fälle

S y m p t o m	D i a g n o s e n g r u p p e												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Angstneurosen u. Phobien		Hysterische Neurosen	Zwangsneurosen	Hypochondrische Neurosen	Übrige Neurosen	Neurot. Depress. u. läng. Reaktion	Kurze depress. Reaktion	Übrige Anpass- ungsstörungen	Persönlich- keitsstörungen	Anorexia nervosa	Alkoholismus	Medikamenten u. Drogenabhäng.	Drogen-u. Alko- holsychosen
Störungen der Affektivität													
ratlos	15	4	0	5	0	1	4	8	3	6	3	0	19
Gefühl d. Gefühllosigkeit	4	4	0	5	6	3	0	0	1	0	1	0	3
affektarm	15	7	25	5	11	4	4	17	11	19	6	5	17
Störung der Vitalgefühle	30	7	0	50	50	20	9	8	9	0	6	5	9
deprimiert	78	71	87	75	94	89	90	50	56	37	54	55	33
hoffnungslos	37	25	12	30	33	50	35	25	21	19	17	18	6
ängstlich	85	29	63	55	50	38	33	50	23	37	26	36	58
euphorisch	0	4	0	0	0	2	0	0	5	6	3	5	8
dysphorisch	0	18	12	15	22	19	12	42	24	12	11	24	16
gereizt	7	7	0	15	6	9	6	42	25	12	15	16	22
innerlich unruhig	41	32	12	35	44	33	35	17	20	12	33	42	61
klagsam/jammerig	41	50	12	55	28	27	17	33	15	6	18	35	9
Insuffizienzgefühle	30	18	50	20	56	31	21	58	23	31	16	24	5

Angaben in % der Fälle

S y m p t o m	D i a g n o s e n s e n g r u p p e												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Angstneurosen u. Phobien		Hysterische Neurosen	Zwangsneurosen	Hypochondrische Neurosen	Übrige Neurosen	Neurot. Depress. u. läng. Reaktion	Kurze depress. Reaktion	Übrige Anpassungsstörungen	Persönlichkeitsstörungen	Anorexia nervosa	Alkoholismus	Medikamenten u. Drogenabhäng.	Drogen-u. Alkoholsychosen
gest. Selbstwertgefühle	4	4	0	0	6	0	0	0	3	0	1	7	3
Schuldgefühle	7	0	0	5	11	8	7	17	9	6	8	9	2
Verarmungsgefühle	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0
ambivalent	22	4	0	10	17	1	6	8	9	19	5	7	6
Parathymie	0	4	0	0	11	0	4	8	5	0	3	0	6
affektlabil	11	4	12	15	17	20	14	8	20	12	20	13	20
affektinkontinent	17	15	0	10	6	4	6	8	4	0	6	0	2
affektstarr	4	0	25	15	17	6	5	8	9	0	2	5	6
Antriebs- und psychomotor. Störungen													
antriebsarm	33	25	12	20	22	24	17	17	12	0	6	31	17
antriebsgehemmt	11	4	0	20	0	13	4	0	4	6	6	4	5
antriebsgesteigert	15	4	12	5	22	0	4	0	11	37	6	4	25

Angaben in % der Fälle

S y m p t o m	D i a g n o s e n g r u p p e												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Angstneurosen u. Phobien		Hysterische Neurosen	Zwangsneurosen	Hypochondrische Neurosen	Übrige Neurosen	Neurot. Depres. u. läng. Reaktion	Kurze depress. Reaktion	Übrige Anpassungsstörungen	Persönlichkeitsstörungen	Anorexia nervosa	Alkoholismus	Medikamenten u. Drogenabhäng.	Drogen- u. Alkoholsychosen
motorisch unruhig	30	14	12	15	44	15	11	8	17	19	12	16	53
Parakinesien	0	0	0	0	17	1	0	0	1	0	0	4	0
maniert/bizar	0	7	0	5	0	1	1	0	3	6	1	7	5
theatralisch	15	50	0	25	0	16	19	8	24	19	7	18	8
mutistisch	0	4	0	0	0	1	1	0	3	0	0	2	5
logorrhöisch	11	21	12	20	17	7	5	0	8	25	4	5	8
<u>Circadiane Besonderheiten</u>													
morgens schlechter	7	0	0	0	0	2	0	0	4	0	1	5	0
abends besser	4	4	0	10	0	0	2	0	5	0	0	2	0
abends schlechter	4	0	0	10	6	2	1	0	3	0	0	0	2
<u>Andere psychische Störungen</u>													
sozialer Rückzug	48	11	25	35	44	32	15	50	25	19	17	27	30

Angaben in % der Fälle

S y m p t o m	D i a g n o s e n g r u p p e												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Angstneurosen u. Phobien		Hysterische Neurosen	Zwangsneurosen	Hypochondrische Neurosen	Übrige Neurosen	Neurot. Depress. u. läng. Reaktion	Kurze depress. Reaktion	Übrige Anpass- ungsstörungen	Persönlich- keitsstörungen	Anorexia nervosa	Alkoholismus	Medikamenten u. Drogenabhäng.	Drogen-u. Alko- holsychosen
Müdigkeit	7	4	0	5	39	13	9	0	12	0	4	24	9
Appetenzstörungen													
Appetit vermindert	44	21	0	35	28	31	30	8	16	19	35	29	33
Appetit vermehrt	0	4	0	5	6	1	0	8	7	19	1	2	2
Durst vermehrt	4	0	0	10	0	1	1	0	3	6	11	5	3
Sexualität vermindert	11	11	25	15	33	10	6	0	11	25	11	15	3
Gastro-intestinale Störungen													
Hypersalivation	0	0	0	5	0	0	1	0	0	0	0	2	3
Mundtrockenheit	0	0	0	10	0	2	0	0	1	0	2	4	0
Übelkeit	7	4	0	15	17	7	4	0	3	6	23	5	23
Erbrechen	7	4	12	5	6	2	2	0	3	56	21	9	19
Magenbeschwerden	19	18	12	20	17	8	7	0	7	12	14	7	14

Angaben in % der Fälle

Symptom	Diagnosengruppe												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	Angstneurosen u. Phobien	Hysterische Neurosen	Zwangsneurosen	Hypochondrische Neurosen	Übrige Neurosen	Neurot. Depress. u. läng. Reaktion	Kurze depress. Reaktion	Übrige Anpassungsstörungen	Persönlichkeitsstörungen	Anorexia nervosa	Alkoholismus	Medikamenten u. Drogenabhäng.	Drogen- u. Alkoholsychosen
Obstipation	7	11	0	15	0	13	2	0	4	31	2	13	2
Diarrhoe	0	4	0	10	0	3	4	8	5	0	15	11	5
<u>Kardio-respiratorische Störungen</u>													
Atembeschwerden	19	7	0	5	0	2	2	0	1	0	2	4	5
Schwindel	26	14	0	25	33	15	4	0	1	19	9	11	9
Herzklopfen	30	7	0	15	11	7	6	8	4	0	14	7	11
Herzdruck	22	7	12	25	11	4	5	0	1	0	3	2	5
<u>Andere vegetative Störungen</u>													
Akkommodationsstörungen	0	0	0	5	0	1	0	0	3	0	0	0	0
Schwitzen vermehrt	26	14	12	20	22	15	6	0	7	0	54	33	58
Seborrhoe	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	2	0	5
Miktionsstörungen	0	4	0	10	0	3	0	0	3	0	2	7	0

Angaben in % der Fälle

S y m p t o m	D i a g n o s e n g r u p p e												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	Angstneurosen u. Phobien	Hysterische Neurosen	Zwangsneurosen	Hypochondrische Neurosen	Überige Neurosen	Neurot. Depress. u. läng. Reaktion	Kurze depress. Reaktion	Überige Anpassungsstörungen	Persönlichkeitsstörungen	Anorexia nervosa	Alkoholismus	Medikamenten u. Drogenabhäng.	Drogen- u. Alkoholsychosen
Menstruationsstörungen	7	11	0	5	0	7	4	0	5	44	4	7	2
<u>Weitere Störungen</u>													
Kopfdruck	30	18	0	45	33	17	19	0	13	0	7	18	9
Rückenbeschwerden	7	11	0	20	6	11	6	8	1	0	3	9	3
Schweregefühl i. d. Beinen	0	4	0	10	0	5	4	8	3	0	1	0	0
Hitzgefühl	11	7	0	0	0	1	4	0	0	0	5	5	11
Frösteln	0	7	0	5	6	1	1	0	1	0	5	5	9
Konversionssymptome	0	43	12	15	6	4	4	17	6	0	1	2	0
<u>Neurologische Störungen</u>													
Rigor	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0	0	0	2
Muskeltonus erniedrigt	0	4	0	0	0	0	0	8	0	6	0	2	4
Tremor	7	7	0	10	6	12	4	0	6	0	43	9	58

Angaben in % der Fälle

Symptom	Diagnosengruppe												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Angstneurosen u. Phobien		Hysterische Neurosen	Zwangsneurosen	Hypochondrische Neurosen	Übrige Neurosen	Neurot. Depress. u. läng. Reaktion	Kurze depress. Reaktion	Übrige Anpassungsstörungen	Persönlichkeitsstörungen	Anorexia nervosa	Alkoholismus	Medikamenten u. Drogenabhäng.	Drogen- u. Alkoholsychosen
Dyskinesien	0	4	0	5	0	1	0	0	3	0	0	2	2
Hypokinesien	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	2
Akathisie	0	0	0	0	6	0	0	0	1	0	1	0	0
Ataxie	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	13	2	11
Nystagmus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Parästhesien	0	4	0	0	0	2	0	8	0	0	4	2	5
Seitendifferenzen	4	0	0	5	0	1	1	1	3	0	3	2	3
Cerebrale Krampfanfälle	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	5	4	11

Symptomatik (4.1.6)

Tab.1 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosen-
gruppe Angstneurosen und Phobien (ICD 300.0 u.300.2)

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Aufmerksamkeits- u. Gedächtnisstörung:</u>					
Auffassungsstörungen	2	7	2		
Konzentrationsstörungen	5	18	3	2	
Merkfähigkeitsstörungen	3	11	3		
Gedächtnisstörungen	1	4	1		
<u>Formale Denkstörungen</u>					
gehemmt	2	7	1	1	
verlangsamt	2	7	1	1	
umständlich	3	11	2	1	
eingeeengt	7	26	4	3	
perseverierend	2	7	1	1	
Grübeln	3	11	2	1	
Gedankendrängen	1	4		1	
gesperrt/Gedankenabreißen	1	4		1	
inkohärent/zerfahren	1	4		1	
<u>Befürchtungen und Zwänge</u>					
Mißtrauen	3	11	1	2	
Hypochondrie(n.wahnh.)	11	41	1	8	2
Phobien	10	37	3	5	2
Zwangsdenken	3	11	2	1	
Zwangsimpulse	1	4	1		
Zwangshandlungen	2	7	2		

N = 27

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Sinnestäuschungen</u>					
Illusionen	1	4	1		
<u>Störungen der Affektivität</u>					
ratlos	4	15	1	3	
Gefühl der Gefühllosigkeit	1	4	1		
affektarm	4	15	3	1	
Störung der Vitalgefühle	8	30	3	4	1
deprimiert	21	78	6	11	4
hoffnungslos	10	37	4	5	1
ängstlich	23	85	4	11	8
gereizt	2	7		2	
innerlich unruhig	11	41	4	5	2
klagsam/jammrig	11	41	7	3	1
Insuffizienzgefühle	8	30	5	3	
gest. Selbstwertgefühle	1	4		1	
Schuldgefühle	2	7	1		1
ambivalent	6	22	1	2	3
affektlabil	3	11	1	2	
affektinkontinent	2	7	1	1	
affektstarr	1	4			1
<u>Antriebs- und psychomotor. Störungen</u>					
antriebsarm	9	33	5	4	
antriebsgehemmt	3	11	1	2	
antriebsgesteigert	4	15	2	2	
motorisch unruhig	7	30	4	2	1
theatralisch	4	15	2	2	
logorrhöisch	3	11	1	2	

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Circadiane Besonderheiten</u>					
morgens schlechter	2	7	1	1	
abends schlechter	1	4	1		
abends besser	1	4		1	
<u>Andere Störungen</u>					
sozialer Rückzug	13	48	2	7	4
soziale Umtriebigkeit	1	4			1
Agressivität	2	7	1		1
Suizidalität	3	11	3		
Mangel an Krankheitsgefühl	3	11	1	2	
Ablehnung d. Behandlung	1	4	1		
<u>Schlaf-und Vigilanzstörungen</u>					
Einschlafstörungen	11	41	3	6	2
Durchschlafstörungen	12	44	2	7	3
Verkürzung der Schlafdauer	8	30	3	4	1
Früherwachen	4	15	2	1	1
Müdigkeit	2	7	1	1	
<u>Appetenzstörungen</u>					
Appetit vermindert	12	44	7	4	1
Durst vermehrt	1	4		1	
Sexualität vermindert	3	11		2	1

N = 27

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Gastro-intestinale Störungen</u>					
Übelkeit	2	7	1	1	
Erbrechen	2	7	2		
Magenbeschwerden	5	19	4	1	
Obstipation	2	7	1	1	
<u>Kardio-respiratorische Störungen</u>					
Atembeschwerden	5	19	3	2	
Schwindel	7	26	2	3	2
Herzklopfen	11	30	2	6	3
Herzdruck	6	22	2	4	
<u>Andere vegetative Störungen</u>					
Schwitzen vermehrt	7	26	4	3	
Menstruationsstörungen	2	7	2		
<u>Weitere Störungen</u>					
Kopfdruck	8	30	2	5	1
Rückenbeschwerden	2	7	1		1
Hitzegefühl	3	11	2	1	
<u>Neurologische Störungen</u>					
Tremor	2	7		2	
Seitendifferenzen	1	4			

Symptomatik (4.2.6)

Tab.9 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe hysterische Neurosen (ICD-Nr 300.1)

Symptome	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Orientierungsstörungen</u>					
zeitlich	1	4	1		
<u>Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen</u>					
Auffassungsstörungen	1	4	1		
Konzentrationsstörungen	4	14	1	3	
Merkfähigkeitsstörungen	1	4		1	
Gedächtnisstörungen	1	4		1	
<u>Formale Denkstörungen</u>					
verlangsamt	2	7	1	1	
umständlich	1	4		1	
eingengt	7	25	4	3	
Grübeln	1	4	1		
Gedankendrängen	2	7	1		1
<u>Befürchtungen und Zwänge</u>					
Mißtrauen	2	7	1		1
Hypochondrie(n. wahnh.)	8	29		5	3
Phobien	1	4			
<u>Störungen der Affektivität</u>					
ratlos	1	4	1		
Gefühl d. Gefühllosigkeit	1	4	1		
affektarm	2	7	2		

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
Störung der Vitalgefühle	2	7		1	1
deprimiert	20	71	8	11	1
hoffnungslos	7	25	4	3	
ängstlich	8	29	3	4	1
euphorisch	1	4	1		
dysphorisch	5	18	2	2	1
gereizt	2	7	1		1
innerlich unruhig	9	32	4	2	3
klagsam/jammrig	14	50	3	4	7
Insuffizienzgefühle	5	18	3	2	
gest. Selbstwertgefühle	1	4		1	
ambivalent	1	4		1	
Parathymie	1	4	1		
affektlabil	1	4		1	
affektinkontinent	5	15	3	1	1
<u>Antriebs-und psychomotor. Störungen</u>					
antriebsarm	7	25	1	5	1
antriebsgehemmt	1	4	1		
antriebsgesteigert	1	4		1	
motorisch unruhig	4	14	2	1	1
maniert/bizarr	2	7	1	1	
theatralisch	14	50	3	9	2
mutistisch	1	4	1		
logorrhöisch	6	21	3	1	2
<u>Circadiane Besonderheiten</u>					
abends besser	1	4	1		

N = 28

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Andere psychische Störungen</u>					
sozialer Rückzug	3	11	1	1	1
soziale Umtriebigkeit	1	4			1
Suizidalität	3	11	3		
Mangel an Krankh.gefühl	1	4	1		
Mangel an Krankh.einsicht	4	14	2	1	1
Ablehnung d. Behandlung	1	4	1		
<u>Schlaf-und Vigilanzstörungen</u>					
Einschlafstörungen	11	39	6	4	1
Durchschlafstörungen	10	36	4	4	2
Verkürzung d. Schlafdauer	5	14	2	2	1
Früherwachen	3	11	2	1	
Müdigkeit	1	4		1	
<u>Appetenzstörungen</u>					
Appetit vermehrt	1	4		1	
Appetit vermindert	6	21	3	3	
Sexualität vermindert	3	11	1	1	1
<u>Gastro-intestinale Störungen</u>					
Übelkeit	1	4	1		
Erbrechen	1	4		1	
Magenbeschwerden	5	18	4	1	
Obstipation	3	11	1	1	1
Diarrhoe	1	4		1	
<u>Kardio-respiratorische Störungen</u>					
Atenbeschwerden	2	7	1	1	
Schwindel	4	14	2	2	

N = 28

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
Herzklopfen	2	7		2	
Herzdruck	2	7		2	
<u>Andere vegetativen Störungen</u>					
Schwitzen vermehrt	4	14	1	2	1
Miktionsstörungen	1	4	1		
Menstruationsstörungen	3	11	3		
<u>Weitere Störungen</u>					
Kopfdruck	5	18	2	2	1
Rückenbeschwerden	3	11		1	2
Schweregefühl i.d.Beinen	1	4		1	
Hitzegefühl	2	7		2	
Frösteln	2	7		1	1
Konversionssymptome	12	43	3	3	6
<u>Neurologische Störungen</u>					
Muskeltonus erniedrigt	1	4	1		
Tremor	2	7	1	1	
Dyskinesien	1	4			
Parästhesien	1	4	1		

Symptomatik (4.3.6)Tab.10 Symptome und deren Ausprägungen bei Patienten der Diagnosen-
gruppe Zwangsneurosen (ICD-Nr 300.3)

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Bewußtseinsstörungen</u>					
B.-Einengung	1	12		1	
<u>Aufmerksamkeits- u. Gedächtnisstörung.</u>					
Konzentrationsstörungen	2	25		2	
<u>Formale Denkstörung</u>					
gehemmt	1	12		1	
umständlich	3	37	1	1	1
eingengt	4	50	1	2	1
perseverierend	2	25	1	1	
Grübeln	5	62	1	4	
<u>Befürchtungen und Zwänge</u>					
Phobien	2	25	1		1
Zwangsdenken	6	75	1	1	4
Zwangsimpulse	4	50	1		3

N = 8

N = 8

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Störungen der Affektivität</u>					
affektarm	2	25	2		
deprimiert	7	87	1	5	1
hoffnungslos	1	12	1		
ängstlich	5	63	1	3	1
dysphorisch	1	12		1	
innerlich unruhig	1	12	1		
klagsam/jammerig	1	12		1	
Insuffizienzgefühle	4	50	1	3	
affektlabil	1	12		1	
affektstarr	2	25	1	1	
<u>Antriebs- und psychomot. Störungen</u>					
antriebsarm	1	12	1		
antriebsgesteigert	1	12	1		
motorisch unruhig	1	12		1	
logorrhöisch	1	12	1		
<u>Andere psychische Störungen</u>					
sozialer Rückzug	2	25		1	1
Mangel an Krankh.einsicht	1	12		1	
Ablehnung d. Behandlung	1	12		1	
<u>Appetenzstörungen</u>					
Sexualität vermindert	2	25	1		1

N = 8

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Gastro- intestinale</u> <u>Störungen</u>					
Erbrechen	1	12			1
Magenbeschwerden	1	12		1	
<u>Kardio- respiratorische</u> <u>Störungen</u>					
Herzdruck	1	12	1		
<u>Andere vegetative</u> <u>Störungen</u>					
Schwitzen vermehrt	1	12	1		
<u>Weitere Störungen</u>					
Konversionssymptome	1	12		1	

Symptomatik (4.4.6)

Tab.11 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosen-
gruppe hypochondrische Neurosen (ICD-Nr 300.7)

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Aufmerksamkeits-u. Gedächtnisstörungen</u>					
Konzentrationsstörungen	4	20	1	3	
Merkfähigkeitsstörungen	4	20	4		
Gedächtnisstörungen	1	5	1		
<u>Formale Denkstörungen</u>					
gehemmt	1	5	1		
verlangsamt	2	10		2	
umständlich	3	15	2		1
eingeengt	8	40	1	4	3
perseverierend	2	10	1	1	
Grübeln	4	20	2	1	1
Gedankendrängen	1	5	1		
<u>Befürchtungen und Zwänge</u>					
Mißtrauen	1	5		1	
Hypochondrie(n.wahnh.)	17	85		5	12
Phobien	2	10		2	
<u>Sinnestäuschungen</u>					
Körperhalluzinationen	1	5		1	
<u>Ichstörungen</u>					
Depersonalisation	2	10		1	1

Symptome	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Störungen der Affektivität</u>					
ratlos	1	5	1		
Gefühl d. Gefühllosigkeit	1	5		1	
affektarm	1	5	1		
Störung der Vitalgefühle	10	50	2	5	3
deprimiert	15	75	10	5	
hoffnungslos	6	30	3	3	
ängstlich	11	55	4	7	
dysphorisch	3	15	3		
gereizt	3	15	2	1	
innerlich unruhig	7	35	1	6	
klagsam /jammrig	11	55	2	6	3
Insuffizienzgefühle	4	20	1	2	1
Schuldgefühle	1	5		1	
ambivalent	2	10		2	
affektlabil	3	15	2	1	
affektinkontinent	2	10	1	1	
affektstarr	3	15	1	1	1
<u>Antriebs-und psychomotor.Störungen</u>					
antriebsarm	4	20	3	1	
antriebsgehemmt	4	20	1	3	
antriebsgesteigert	1	5		1	
motorisch unruhig	3	15	2	1	
maniert/bizarr	1	5	1		
theatralisch	5	25	1	4	
logorrhöisch	4	20	1	1	2
<u>Circadiane Besonderheiten</u>					
abends schlechter	2	10	1	1	
abends besser	2	10	1	1	

N = 20

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Andere psychische Störungen</u>					
sozialer Rückzug	7	35	4	2	1
Suizidalität	1	5	1		
Mangel an Krankh.einsicht	4	20		3	1
<u>Schlaf-und Vigilanzstörungen</u>					
Einschlafstörungen	8	40	2	2	4
Durchschlafstörungen	7	35	1	2	4
Verkürzung d. Schlafdauer	4	20	1	1	2
Früherwachen	3	15		1	2
Müdigkeit	1	5		1	
<u>Appetenzstörungen</u>					
Appetit vermindert	7	35	4	2	1
Appetit vermehrt	1	5	1		
Durst vermehrt	2	10	1		1
Sexualität vermindert	3	15		1	2
<u>Gastro-intestinale Störungen</u>					
Hypersalivation	1	5			1
Mundtrockenheit	2	10		1	1
Übelkeit	3	15	1	2	
Erbrechen	1	5		1	
Magenbeschwerden	4	20		1	3
Obstipation	3	15		2	1
Diarrhoe	2	10	1		1
<u>Kardio-respiratorische Störungen</u>					
Atembeschwerden	1	5		1	
Schwindel	5	25	2	3	

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
Herzklopfen	3	15		3	
Herzdruck	5	25	1	1	3
<u>Andere vegetative Störungen</u>					
Akkommodationsstörungen	1	5		1	
Schwitzen vermehrt	4	20	1	3	
Miktionsstörungen	2	10		2	
Menstruationsstörungen	1	5	1		
<u>Weitere Störungen</u>					
Kopfdruck	9	45	2	6	1
Rückenbeschwerden	4	20	3	1	
Schweregefühl i.d.Beinen	2	10	1		1
Frösteln	1	5	1		
Konversionssymptome	3	15		2	1
<u>Neurologische Störungen</u>					
Tremor	2	10	2		
Dyskinesien	1	5		1	
Seitendifferenzen	1	5			

Symptomatik (4.5.6)

Tab.12 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosen-
gruppe übrige Neurosen (ICD-Nr 300.5, 300.6, 300.8, 300.9)

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Aufmerksamkeits-u. Gedächtnisstörungen</u>					
Auffassungsstörungen	1	6	1		
Konzentrationsstörungen	6	33	2	3	1
Merkfähigkeitsstörungen	4	22	3	1	
Gedächtnisstörungen	3	17	3		
<u>Formale Denkstörungen</u>					
verlangsamt	2	11	1	1	
umständlich	5	28	2	3	
eingengt	5	18	2	3	
perseverierend	1	6		1	
Grübeln	5	28	1	4	
ideenflüchtig	3	17	1	2	
Vorbeireden	1	6		1	
gesperrt/Gedankenabreißen	1	6		1	
<u>Befürchtungen und Zwänge</u>					
Mißtrauen	4	22	2	2	
Hypochondrie(n.wahnh.)	5	28	1	4	
Phobien	1	6	1		
Zwangsdenken	1	6		1	
Zwangsimpulse	1	6		1	
Zwangshandlungen	2	11	1	1	

N = 18

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Ich-Störungen</u>					
Depersonalisation	1	6		1	
<u>Störungen der Affektivität</u>					
Gefühl d. Gefühllosigkeit	1	6	1		
affektarm	2	11	1	1	
Störung der Vitalgefühle	9	50		7	2
deprimiert	17	94	6	9	2
hoffnungslos	6	33	2	3	1
ängstlich	9	50	6	2	1
dysphorisch	4	22	4		
gereizt	1	6	1		
innerlich unruhig	8	44	2	4	2
klagsam/jammrig	5	28	1	2	2
Insuffizienzgefühle	10	56	3	6	1
gest.Selbstwertgefühle	1	6		1	
Schuldgefühle	2	11		2	
ambivalent	3	17	2	1	
Parathymie	2	11	2		
affektlabil	3	17	1	2	
affektinkontinent	1	6	1		
affektstarr	3	17	2	1	
<u>Antriebs- und psychomotor. Störungen</u>					
antriebsarm	4	22	1	3	
antriebsgesteigert	4	22	2	2	
motorisch unruhig	8	44	4	3	1
Parakinesien	3	17	1	1	1
logorrhöisch	3	17	2	1	

Symptome	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Circadiane Besonderheiten</u>					
abends schlechter	1	6	1		
<u>Andere psychische Störungen</u>					
sozialer Rückzug	8	44	3	4	1
Aggressivität	1	6			
Suizidalität	4	22	1	1	2
Selbstbeschädigung	2	11		2	
Mangel an Krankh.einsicht	2	11	1	1	
<u>Schlaf- und Vigilanzstörungen</u>					
Einschlafstörungen	8	44	4	4	
Durchschlafstörungen	7	39	3	4	
Verkürzung d. Schlafdauer	5	28	3	2	
Früherwachen	4	22	2	2	
Müdigkeit	7	39	3	3	1
<u>Appetenzstörungen</u>					
Appetit vermindert	5	28	2	2	1
Appetit vermehrt	1	6	1		
Sexualität vermindert	6	33	1	3	2
<u>Gastro-intestinale Störungen</u>					
Übelkeit	3	17		3	
Erbrechen	1	6			1
Magenbeschwerden	3	17		3	

Symptome	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Kardio-respiratorische Störungen</u>					
Schwindel	6	33	3	3	
Herzklopfen	2	11		2	
Herzdruck	2	11		2	
<u>Andere vegetative Störungen</u>					
Schwitzen vermehrt	4	22	1	3	
<u>Weitere Störungen</u>					
Kopfdruck	6	33	1	4	1
Rückenbeschwerden	1	6		1	
Frösteln	1	6		1	
Konversionssymptome	1	6		1	
<u>Neurologische Störungen</u>					
Tremor	1	6	1		
Akathisie	1	6		1	

Symptomatik (4.6.6)

Tab.13 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosen-
gruppe neurotische Depressionen u. längere depressive Re-
aktionen (ICD-Nr 300.4 u. 309.1)

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Orientierungsstörungen</u>					
zeitlich	2	2	2		
örtlich	1	1		1	
situativ	1	1	1		
<u>Aufmerksamkeits- u. Gedächtnisstörung</u>					
Auffassungsstörungen	5	5	4	1	
Konzentrationsstörungen	22	22	15	5	2
Merkfähigkeitsstörungen	6	6	4	1	1
Gedächtnisstörungen	4	4	3		1
<u>Formale Denkstörung</u>					
verlangsamt	15	15	10	4	1
umständlich	13	13	8	4	1
eingengt	20	20	10	7	3
perseverierend	5	5	5		
Grübeln	31	31	12	19	
Gedankendrängen	1	1	1		
ideenflüchtig	1	1		1	
<u>Befürchtungen und Zwänge</u>					
Mißtrauen	9	9	4	4	1
Hypochondrie(n. wahnh.)	11	11	3	6	2

Symptome	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
Phobien	2	2		2	
Zwangsdenken	2	2		2	
Zwangsimpulse	2	2	1	1	
<u>Sinnestäuschungen</u>					
Körperhalluzinationen	1	1	1		
<u>Ich- Störungen</u>					
Depersonalisation	2	2		2	
<u>Störungen der Affektivität</u>					
ratlos	1	1	1		
Gefühl d. Gefühllosigkeit	3	3	1	2	
affektarm	4	4	3	1	
Störung d. Vitalgefühle	20	20	9	9	2
deprimiert	89	89	24	57	8
hoffnungslos	50	50	15	30	5
ängstlich	38	38	20	16	2
euphorisch	2	2	1		1
dysphorisch	19	19	10	8	1
gereizt	9	9	5	4	
innerlich unruhig	33	33	17	13	3
klagsam/jammerig	27	27	8	12	7
Insuffizienzgefühle	31	31	14	14	3
Schuldgefühle	8	8	5	1	2
Verarmungsgefühle	6	6	4	1	1
ambivalent	1	1	1		
affektlabil	20	20	13	6	1
affektinkontinent	4	4	2	2	
affektstarr	6	6	4	1	1

N = 100

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Antriebs- und psychomotorische Störungen</u>					
antriebsarm	24	24	14	10	
antriebsgehemmt	13	13	12	1	
motorisch unruhig	15	15	7	8	
Parakinesien	1	1		1	
manipuliert/bizarrr	1	1	1		
theatralisch	16	16	7	7	2
mutistisch	1	1	1		
logorrhöisch	7	7	4	3	
<u>Circadiane Besonderheiten</u>					
morgens schlechter	2	2		2	
abends schlechter	2	2	2		
<u>Andere psychische Störungen</u>					
sozialer Rückzug	32	32	12	17	3
soziale Umtriebigkeit	2	2	1		1
Aggressivität	8	8	4	2	2
Suizidalität	46	46	24	19	3
Mangel an Krankh.gefühl	3	3	2		1
Selbstbeschädigung	5	5	2	3	
Mangel an Krankh.einsicht	17	17	6	9	2
Ablehnung d. Behandlung	8	8	3	4	1
<u>Schlaf- und Vigilanzstörungen</u>					
Einschlafstörungen	47	47	17	26	4
Durchschlafstörungen	40	40	15	19	6
Verkürzung d. Schlafdauer	20	20	10	10	
Früherwachen	8	8	3	5	
Müdigkeit	13	13	4	8	1

N = 100

Symptome	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Appetenzstörungen</u>					
Appetit vermehrt	1	1	1		
Appetit vermindert	31	31	14	14	3
Durst vermehrt	1	1	1		
Sexualität vermindert	10	10	6	2	2
<u>Gastro-intestinale Störungen</u>					
Mundtrockenheit	2	2		2	
Übelkeit	7	7	3	4	
Erbrechen	2	2	2		
Magenbeschwerden	8	8	3	5	
Obstipation	13	13	4	8	1
Diarrhoe	3	3		3	
<u>Kardio-respiratorische Störungen</u>					
Atembeschwerden	2	2	1	1	
Schwindel	15	15	9	5	1
Herzklopfen	7	7	3	4	
Herzdruck	4	4	3	1	
<u>Andere vegetative Störungen</u>					
Akommodationsstörungen	1	1		1	
Schwitzen vermehrt	15	15	4	11	
Seborrhoe	2	2		2	
Miktionsstörungen	3	3	2	1	
Menstruationsstörungen	7	7	6	1	
<u>Weitere Störungen</u>					
Kopfdruck	17	17	7	7	3
Rückenbeschwerden	11	11	2	3	6
Schweregefühl i. d. Beinen	5	5	2	2	1

N = 100

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
Hitzegefühl	1	1		1	
Frösteln	1	1		1	
Konversionssymptome	4	4	1	3	
<u>Neurologische Störungen</u>					
Rigor	1	1		1	
Tremor	12	12	8	4	
Dyskinesien	1	1		1	
Hypokinesien	1	1		1	
Ataxie	1	1	1		
Parästhesien	2	2		1	1
Seitendifferenzen	1	1			

Symptomatik (4.7.6)Tab.14 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosen-
gruppe kurzdauernde depressive Reaktionen (ICD-Nr 309.0)

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Bewußtseinsstörungen</u>					
B.-Einengung	1	1	1		
<u>Aufmerksamkeits-u. Gedächtnisstörungen</u>					
Auffassungsstörungen	6	7	6		
Konzentrationsstörungen	13	16	10	3	
Merkfähigkeitsstörungen	3	4	2	1	
Paramnesien	2	2		2	
<u>Formale Denkstörungen</u>					
gehemmt	2	2	1	1	
verlangsamt	13	16	9	4	
umständlich	7	9	5	2	
eingengt	14	17	11	3	
perseverierend	2	2	1	1	
Grübeln	7	9	5	1	1
ideenflüchtig	1	1	1		
<u>Befürchtungen und Zwänge</u>					
Mißtrauen	10	12	9	1	
Hypochondrie (n.wahnh.)	5	6	4	1	
Phobien	1	1		1	
Zwangsimpulse	1	1		1	

N = 81

N = 81

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Sinnestäuschungen u. Ichstörungen</u>					
Körperhalluzinationen	1	1		1	
Derealisation	1	1	1		
<u>Störungen der Affektivität</u>					
ratlos	3	4	3		
affektarm	3	4		3	
Störung der Vitalgefühle	7	9	3	4	
deprimiert	73	90	24	45	4
hoffnungslos	28	35	9	18	1
ängstlich	27	33	17	10	
dysphorisch	10	12	5	4	1
gereizt	5	6	5		
innerlich unruhig	28	35	15	13	
klagsam/jammrig	14	17	4	8	2
Insuffizienzgefühle	17	21	12	4	1
Schuldgefühle	6	7	5	1	
ambivalent	5	6	5		
Parathymie	3	4	3		
affektlabil	11	14	10	1	
affektinkontinent	5	6	5		
affektstarr	4	5	2	2	
<u>Antriebs-und psychomot. Störungen</u>					
antriebsarm	14	17	9	5	
antriebsgesteigert	3	4	3		
antriebsgehemmt	3	4	2	1	
motorisch unruhig	9	11	9		

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
Parakinesen	1	1		1	
maniriert/bizar	1	1	1		
theatralisch	15	19	4	10	1
mutistisch	1	1	1		
logorrhöisch	4	5	2	2	
<u>Circadiane Besonderheiten</u>					
abends schlechter	1	1	1		
abends besser	2	2	2		
<u>Andere psychische Störungen</u>					
sozialer Rückzug	12	15	9	3	
soziale Umtriebigkeit	2	2	1	1	
Agressivität	2	2	1	1	
Suizidalität	45	56	23	21	1
Selbstbeschädigung	7	9	2	5	
Mangel an Krankheits- gefühl	3	4	2	1	
Mangel an Krankheits- einsicht	8	10	4	3	1
Ablehnung d. Behandlung	2	2	1	1	
<u>Schlaf- und Vigilanzstörungen</u>					
Einschlafstörungen	29	36	11	17	1
Durchschlafstörungen	32	40	13	17	2
Verkürzung d. Schlafdauer	9	11	3	5	1
Früherwachen	3	4	2	1	
Müdigkeit	7	9	4	3	

N = 81

Symptome	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Appetenzstörungen</u>					
Appetit vermindert	24	30	12	11	1
Durst vermehrt	1	1	1		
Sexualität vermindert	5	6	3	2	
<u>Gastro-intestinale Störungen</u>					
Hypersalivation	1	1	1		
Übelkeit	3	4	2	1	
Erbrechen	2	2	2		
Magenbeschwerden	6	7	2	3	1
Obstipation	2	2	1	1	
Diarrhoe	3	4	3	1	
<u>Kardio-respiratorische Störungen</u>					
Atenbeschwerden	2	2	2		
Schwindel	3	4	3		
Herzklopfen	5	6	4		1
Herzdruck	4	5	2	1	1
<u>Andere vegetative Störungen</u>					
Schwitzen vermehrt	5	6	3	2	
Menstruationsstörungen	3	4	1	2	
<u>Weitere Störungen</u>					
Kopfdruck	15	19	9	4	2
Rückenbeschwerden	5	6	4	1	
Schweregefühl i.d. Beinen	3	4	3	1	
Hitzegefühl	3	4	3		

N = 81

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
Frösteln	1	1	1		
Konversionssymptome	3	4	2	1	
<u>Neurologische Störungen</u>					
Tremor	3	4	1	2	
Seitendifferenzen	1	1			

Symptomatik (4.8.6)

Tab.15 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosen-
gruppe übrige Anpassungsstörungen (ICD-Nr 309.2-9)

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Bewußtseinsstörungen</u>					
B.-Trübung	1	1		1	
<u>Aufmerksamkeits- u. Gedächtnisstörungen</u>					
Auffassungsstörungen	1	8	1		
Konzentrationsstörungen	4	33	4		
Merkfähigkeitsstörungen	2	17	2		
<u>Formale Denkstörungen</u>					
gehemmt	1	8		1	
verlangsamt	1	8		1	
umständlich	2	17	2		
eingeeengt	5	42	3	2	
perseverierend	2	17	2		
Grübeln	1	8	1		
gesperrt/Gedankenabreißen	1	8		1	
<u>Befürchtungen und Zwänge</u>					
Mißtrauen	3	25	2	1	
Hypochondrie (n.wahnh.)	1	8		1	
Zwangsimpulse	1	8		1	
Zwangshandlungen	1	8		1	

N = 12

Symptome	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Störungen der Affektivität</u>					
ratlos	1	8		1	
affektarm	2	17	2		
Störung der Vitalgefühle	1	8		1	
deprimiert	6	50	3	3	
hoffnungslos	3	25	2	1	
ängstlich	6	50	4	2	
dysphorisch	5	42	3	2	
gereizt	5	42	4	1	
innerlich unruhig	2	17	1	1	
klagsam/jammerig	4	33	1	2	1
Insuffizienzgefühle	7	58	3	4	
Schuldgefühle	2	17	2		
ambivalent	1	8	1		
Parathymie	1	8		1	
affektlabil	1	8	1		
affektinkontinent	1	8	1		
affektstarr	1	8		1	
<u>Antriebs- und psychomotor. Störungen</u>					
antriebsarm	2	17		2	
motorisch unruhig	1	8	1		
theatralisch	1	8	1		
<u>Andere psychische Störungen</u>					
sozialer Rückzug	6	50	2	4	
soziale Untriebigkeit	1	8	1		
Aggressivität	5	42	2	3	
Suizidalität	2	17	1	1	
Mangel an Krankh.einsicht	2	17	1	1	

Symptome	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Schlaf- und Vigilanzstörungen</u>					
Einschlafstörungen	1	8	1		
Durchschlafstörungen	1	8	1		
<u>Appetenzstörungen</u>					
Appetit vermindert	1	8	1		
Appetit vermehrt	1	8		1	
<u>Gastrointestinale Störungen</u>					
Diarrhoe	1	8		1	
<u>Kardio- respiratorische Störungen</u>					
Herzklopfen	1	8		1	
<u>Weitere Störungen</u>					
Rückenbeschwerden	1	8	1		
Schweregefühl i. d. Beinen	1	8	1		
Konversionssymptome	2	17		1	1
<u>Neurologische Störungen</u>					
Muskeltonus erniedrigt	1	8	1		
Parästhesien	1	8	1		
<u>Seitendifferenzen</u>					
Seitendifferenzen	1	8			

Symptomatik (4.9.6)Tab.16 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosen-
gruppe Persönlichkeitsstörungen (ICD-Nr 301)

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Bewußtseinstörungen</u>					
B. Verminderung	1	1		1	
<u>Orientierungsstörungen</u>					
zeitlich	1	1		1	
<u>Aufmerksamkeits- u. Gedächtnisstörungen</u>					
Auffassungsstörungen	1	1	1		
Konzentrationsstörungen	16	21	9	7	
Merkfähigkeitsstörungen	4	5	2	1	1
Gedächtnisstörungen	6	8	5	1	
<u>Formale Denkstörungen</u>					
gehemmt	1	1		1	
verlangsamt	7	9	4	3	
umständlich	8	11	4	3	1
eingengt	10	13	2	7	1
perseverierend	1	1	1		
Grübeln	6	8	4	2	
Vorbeireden	4	5	2		2
gesperrt/Gedankenabreißen	1	1	1		
inkohärent/zerfahren	2	3	2		

N = 75

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Befürchtungen und Zwänge</u>					
Mißtrauen	16	21	5	9	2
Hypochondrie (n. wahnh.)	4	5	2	2	
Phobien	6	8	3	2	1
Zwangsdenken	5	7	5		
Zwangsimpulse	2	3	2		
Zwangshandlungen	4	5	2	2	
<u>Wahn</u>					
W.-Einfall	1	1	1		
<u>Ichstörungen</u>					
Derealisation	4	5	3	1	
Depersonalisation	1	1	1		
and.-Fremdbeeinfl.-Erleb.	2	3	2		
<u>Störungen der Affektivität</u>					
ratlos	2	3	1	1	
Gefühl d. Gefühllosigkeit	1	1	1		
affektarm	8	11	6	1	1
Störung der Vitalgefühle	7	9	1	5	1
deprimiert	42	56	20	17	5
hoffnungslos	16	21	7	5	4
ängstlich	17	23	11	6	
euphorisch	4	5	3	1	
dysphorisch	18	24	6	11	1
gereizt	19	25	8	9	2
innerlich unruhig	15	20	4	7	4
klagsam/jammerig	11	15	1	7	3

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
Insuffizienzgefühle	17	23	6	9	2
gest. Selbstwertgefühle	2	3	1	1	
Schuldgefühle	7	9	3	3	1
ambivalent	7	9	4	3	
Parathymie	4	5	3	1	
affektlabil	15	20	1	12	2
affektinkontinent	3	4	1	1	1
affektstarr	7	9	4	3	
<u>Antriebs-und psychomotor. Störungen</u>					
antriebsarm	9	12	6	3	
antriebsgehemmt	3	4	2	1	
antriebsgesteigert	8	11	4	2	2
motorisch unruhig	14	17	6	6	2
Parakinesien	1	1		1	
maniert/bizzarr	2	3	1	1	
theatralisch	18	24	5	11	2
mutistisch	2	3		2	
logorrhöisch	6	8	2	4	
<u>Circadiane Besonderheiten</u>					
morgens schlechter	3	4	1	1	1
abends schlechter	2	3	1	1	
abends besser	4	5	2	1	1
<u>Andere psychische Störungen</u>					
sozialer Rückzug	19	25	9	7	3
soziale Umtriebigkeit	11	15	4	5	2
Aggressivität	11	15	5	5	1
Suizidalität	28	37	11	11	6

N = 75

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
Selbstbeschädigung	9	12	2	4	3
Mangel an Krankh.gefühl	10	13	2	7	1
Mangel an Krankh. einsicht	8	11	2	5	1
Ablehnung d. Behandlung	8	11	4	3	1
<u>Schlaf-und Vigilanzstörungen</u>					
Einschlafstörungen	23	31	14	6	3
Durchschlafstörungen	20	27	7	10	3
Verkürzung d. Schlafdauer	8	11	3	4	1
Früherwachen	3	4	1	2	
Müdigkeit	9	12	7	1	1
<u>Appetenzstörungen</u>					
Appetit vermindert	12	16	6	6	
Appetit vermehrt	5	7	3	2	
Durst vermehrt	2	3	1	1	
Sexualität vermindert	8	11	5	2	1
<u>Gastro-intestinale Störungen</u>					
Mundtrockenheit	1	1		1	
Übelkeit	2	3	1	1	
Erbrechen	2	3		1	1
Magenbeschwerden	5	7	3	1	1
Obstipation	3	4	2	1	
Diarrhoe	4	5	3	1	
<u>Kardio-respiratorische Störungen</u>					
Atembeschwerden	1	1	1		
Schwindel	1	1	1		

Symptome	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
Herzbeschwerden	3	4	1	1	1
Herzdruck	1	1	1		
<u>Andere vegetative Störungen</u>					
Akkommodationsstörungen	2	3	1	1	
Schwitzen vermehrt	5	7	2	3	
Seborrhoe	1	1		1	
Miktionsstörungen	2	3	2		
Menstruationsstörungen	4	5	1	2	1
<u>Weitere Störungen</u>					
Kopfdruck	10	13	5	3	2
Rückenbeschwerden	1	1			1
Schweregefühl i.d.Beinen	2	3	1		1
Frösteln	1	1	1		
Konversionssymptome	5	6	1	3	1
<u>Neurologische Störungen</u>					
Rigor	2	3	1	1	
Tremor	5	6	1	4	
Dyskinesien	2	3		2	
Hypokinesien	1	1	1		
Akathisie	1	1			1
Seitendifferenzen	2	3			
Cerebrale Krampfanfälle	2	3			

Symptomatik (4.10.6)

Tab.17 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosen-
gruppe Anorexia nervosa (ICD-Nr 307.1u. 307.5)

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Bewußtseinsstörungen</u>					
B. Verminderung	1	6	1		
<u>Aufmerksamkeits- u. Gedächtnisstörung</u>					
Konzentrationsstörungen	2	12	2		
Merkfähigkeitsstörungen	2	12	2		
Gedächtnisstörung	1	6	1		
<u>Formale Denkstörung</u>					
verlangsamt	1	6	1		
eingeengt	4	25		4	
perseverierend	1	6		1	
<u>Befürchtungen und Zwänge</u>					
Mißtrauen	2	12	2		
Hypochondrie(n.wahnh.)	1	6	1		
Zwangsdenken	2	12	2		
Zwangsimpulse	2	12	1	1	
Zwangshandlungen	2	12		2	
<u>Störungen der Affektivität</u>					
ratlos	1	6		1	
affektarm	3	19	1	2	
deprimiert	6	37		4	2

Symptome	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
hoffnungslos	3	19	1	1	1
ängstlich	6	37	4	1	1
euphorisch	1	6	1		
dysphorisch	2	12	1		1
gereizt	2	12	1		1
innerlich unruhig	2	12		1	1
klagsam/jammrig	1	6		1	
Insuffizienzgefühle	5	31	1	4	
Schuldgefühle	1	6		1	
ambivalent	3	19	2	1	
affektlabil	2	12	1	1	
<u>Antriebs- und psychomotor. Störungen</u>					
antriebsgehemmt	1	6		1	
antriebsgesteigert	6	37	3	3	
motorisch unruhig	3	19	2	1	
manipuliert/bizar	1	6	1		
theatralisch	3	19	1	2	
logorrhöisch	4	25	2	2	
<u>Andere psychische Störungen</u>					
sozialer Rückzug	3	19	1	2	
soziale Untriebigkeit	1	6	1		
Aggressivität	1	6		1	
Selbstbeschädigung	1	6	1		
Mangel an Krankh.gefühl	9	56	2	5	2
Mangel an Krankh.einsicht	7	44	1	4	2
Ablehnung d. Behandlung	4	25		3	1

N = 16

Symptome	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Schlaf- und Vigilanzstörungen</u>					
Einschlafstörungen	3	19	2	1	
Durchschlafstörungen	2	12	2		
Verkürzung d. Schlafdauer	1	6	1		
<u>Appetenzstörungen</u>					
Appetit vermindert	3	19		2	1
Appetit vermehrt	3	19	1		2
Durst vermehrt	1	6	1		
Sexualität vermindert	4	25	1	2	1
<u>Gastro-intestinale Störungen</u>					
Übelkeit	1	6	1		
Erbrechen	9	56	1	1	7
Magenbeschwerden	2	12		1	1
Obstipation	5	31		2	3
<u>Kardio-respiratorische Störungen</u>					
Schwindel	3	19	3		
<u>Andere vegetative Störungen</u>					
Menstruationsstörungen	7	44	1	1	5
<u>Neurologische Störungen</u>					
Muskeltonus erniedrigt	1	6			

Symptomatik (4.11.6)

Tab.18 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosen-
gruppe Alkoholismus (ICD-Nr 303 u. 305.0)

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Bewußtseinsstörungen</u>					
B.-Verminderung	2	1	1	1	
B.-Trübung	8	3	5	3	
B.-Einengung	7	3	6	1	
<u>Orientierungsstörungen</u>					
zeitlich	10	4	5	3	2
örtlich	6	3	2	2	2
situativ	3	1	1	1	1
<u>Aufmerksamkeits-und Gedächtnisstörungen</u>					
Auffassungsstörungen	40	17	18	19	3
Konzentrationsstörungen	112	48	43	62	7
Merkfähigkeitsstörungen	66	28	36	28	2
Gedächtnisstörungen	33	14	17	15	1
Konfabulationen	4	2	3	1	
Paramnesien	2	1	1	1	
<u>Formale Denkstörungen</u>					
gehemmt	7	3	4	3	
verlangsamt	50	21	14	29	7
umständlich	28	12	9	18	1
eingeeengt	20	9	10	10	

N = 235

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
perseverierend	8	3	2	5	1
Grübeln	14	6	6	6	2
Vorbeireden	5	2	2	2	1
<u>Befürchtungen und Zwänge</u>					
Mißtrauen	17	7	6	11	
Hypochondrie(n.wahnh.)	5	2	3	2	
Phobien	9	4	3	5	1
Zwangsdenken	3	1	3		
Zwangsimpulse	3	1	2	1	
<u>Sinnestäuschungen</u>					
Stimmenhören	2	1	1	1	
optische Halluzinationen	2	1	1	1	
<u>Störungen der Affektivität</u>					
ratlos	8	3	5	3	
Gefühl d. Gefühllosigkeit	3	1	1	1	1
affektarm	15	6	9	6	
Störung d. Vitalgefühle	13	6	3	9	1
deprimiert	127	54	47	73	7
hoffnungslos	39	17	13	24	2
ängstlich	61	26	26	31	4
euphorisch	6	3	5	1	
dysphorisch	25	11	9	15	1
gereizt	35	15	11	22	2
innerlich unruhig	77	33	25	43	9
klagsam/jammrig	32	18	7	22	3
Insuffizienzgefühle	37	16	9	22	6
gest. Selbstwertgefühle	2	1	1	1	
Schuldgefühle	19	8	10	8	1

Symptome	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
ambivalent	11	5	5	5	1
Parathymie	8	3	4	4	
affektlabil	46	20	18	25	3
affektinkontinent	15	6	8	7	
affektstarr	6	2	3	3	
<u>Antriebs- und psychomotor. Störungen</u>					
antriebsarm	14	6	10	4	
antriebsgehemmt	13	6	8	5	
antriebsgesteigert	14	6	8	5	1
manipuliert/bizar	2	1	1	1	
theatralisch	16	7	6	9	1
logorrhöisch	10	4	3	7	
motorisch unruhig	29	12	12	16	1
<u>Circadiane Besonderheiten</u>					
morgens schlechter	3	1	2	1	
<u>Andere psychische Störungen</u>					
sozialer Rückzug	40	17	12	28	
Aggressivität	18	8	9	7	2
Suizidalität	23	10	10	12	1
Selbstbeschädigung	9	4	3	2	4
Mangel an Krankh.gefühl	36	15	9	18	9
Mangel an Krankh.einsicht	71	26	13	40	18
Ablehnung d. Behandlung	14	6	4	7	3
pflegebedürftig	6	2	4	1	1
<u>Schlaf- und Vigilanzstörungen</u>					
Einschlafstörungen	67	26	18	43	6
Durchschlafstörungen	58	25	14	39	5

N = 235

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
Verkürzung d. Schlafdauer	30	13	9	17	4
Früherwachen	7	3	1	3	3
Müdigkeit	10	4	3	6	1
<u>Appetenzstörungen</u>					
Appetit vermindert	82	35	18	51	13
Appetit vermehrt	2	1		1	1
Durst vermehrt	24	11		22	2
Sexualität vermindert	27	11	2	18	7
<u>Gastro-intestinale Störungen</u>					
Mundtrockenheit	4	2	2	2	
Übelkeit	55	23	15	39	1
Erbrechen	49	21	8	38	3
Magenbeschwerden	32	14	11	16	5
Obstipation	8	2	2	4	2
Diarrhoe	36	15	12	22	2
<u>Kardio-respiratorische Beschwerden</u>					
Atembeschwerden	4	2	4		
Schwindel	20	9	7	12	1
Herzklopfen	34	14	16	16	2
Herzdruck	8	3	2	6	
<u>Andere vegetativen Störungen</u>					
Schwitzen vermehrt	126	54	25	89	12
Seborrhoe	4	2	2	2	
Miktionsstörungen	4	2	2	2	
Menstruationsstörungen	9	4	7		2

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Weitere Störungen</u>					
Kopfdruck	17	7	5	11	1
Rückenbeschwerden	6	3		5	1
Schweregefühl i.d.Beinen	2	1		2	
Hitzegefühl	11	5	4	6	1
Frösteln	12	5	6	6	
Konversionssymptome	2	1		2	
<u>Neurologische Störungen</u>					
Tremor	101	43	26	64	11
Akathisie	2	1	2		
Ataxie	31	13	15	13	3
Parästhesien	9	4	1	6	2
Seitendifferenzen	6	3			
Cerebrale Krampfanfälle	11	5			

Symptomatik (4.12.6)

Tab.19 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosen-
gruppe Medikamenten-/Drogenabhängigkeit-bzw. mißbrauch
(ICD-Nr 304 u. 305.1-9)

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Bewußtseinsstörungen</u>					
B.-Verminderung	1	2		1	
B.-Einengung	2	4	1	1	
<u>Orientierungsstörungen</u>					
situativ	1	2	1		
<u>Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen</u>					
Auffassungsstörungen	5	9	3	2	
Konzentrationsstörungen	24	44	13	6	5
Merkfähigkeitsstörungen	9	16	5	4	
Gedächtnisstörungen	4	7	3	1	
<u>Formale Denkstörungen</u>					
verlangsamt	10	18	5	3	2
umständlich	13	24	8	4	1
eingengt	12	22	6	4	2
perseverierend	4	7	4		
Grübeln	11	20	6	5	
Gedankendrängen	2	4	1	1	
ideenflüchtig	2	4	1	1	
Vorbeireden	2	4	1	1	
inkohärent/zerfahren	1	2		1	

N = 55

N = 55

Symptome	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Befürchtungen und Zwänge</u>					
Mißtrauen	9	16	7	2	
Hypochondrie(n.wahnh.)	4	7	4		
Phobien	1	2		1	
Zwangsdenken	1	2	1		
Zwangsimpulse	1	2		1	
<u>Wahn</u>					
W.-Wahrnehmung	1	2		1	
W.-Einfall	1	2		1	
W.-Gedanken	2	4		1	1
Beziehungswahn	1	2	1		
Beeinträcht.-Verfolg.-Wahn	2	4	1	1	
Eifersuchtswahn	1	2			1
<u>Sinnestäuschungen</u>					
optische Halluzinationen	1	2			1
Körperhalluzinationen	2	4	1	1	
<u>Ichstörungen</u>					
Derealisation	1	2	1		
<u>Störungen der Affektivität</u>					
affektarm	3	5	3		
Störung d. Vitalgefühle	3	5	1	1	1
deprimiert	30	55	13	16	1
hoffnungslos	10	18	2	8	
ängstlich	20	36	9	11	
euphorisch	3	5	2	1	
dysphorisch	13	24	8	5	

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
gereizt	9	16	5	4	
innerlich unruhig	23	42	11	11	1
klagsam/jammrig	19	35	5	14	
Insuffizienzgefühle	13	24	7	6	
gest. Selbstwertgefühle	4	7	4		
Schuldgefühle	5	9	3	2	
ambivalent	4	7	1	3	
affektlabil	7	13	3	3	1
affektstarr	3	5	2	1	
<u>Antriebs- und psychomotor. Störungen</u>					
antriebsarm	17	31	10	5	2
antriebsgehemmt	2	4	2		
antriebsgesteigert	2	4		2	
motorisch unruhig	9	16	4	5	
Parakinesien	2	4	1	1	
manipuliert/bizar	4	7	4		
theatralisch	10	18	6	4	
mutistisch	1	2		1	
logorrhöisch	3	5		3	
<u>Circadiane Besonderheiten</u>					
morgens schlechter	3	5	1	2	
abends besser	1	2	1		
<u>Andere psychische Störungen</u>					
sozialer Rückzug	15	27	4	10	1
soziale Umtriebigkeit	2	4	1	1	
Aggressivität	7	13	4	2	1
Suizidalität	4	7	1	3	
Selbstbeschädigung	4	7	1	3	

Symptome	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
Mangel an Krankh.gefühl	9	15	1	4	4
Mangel an Krankh.einsicht	19	35	3	10	6
Ablehnung d. Behandlung	4	7	3	1	
<u>Schlaf- und Vigilanzstörungen</u>					
Einschlafstörungen	23	42	1	16	6
Durchschlafstörungen	27	49	4	13	10
Verkürzung d. Schlafdauer	15	27	1	8	6
Früherwachen	3	5	1	2	
Müdigkeit	13	24	6	4	3
<u>Appetenzstörungen</u>					
Appetit vermindert	16	29	4	8	4
Appetit vermehrt	1	2		1	
Durst vermehrt	3	5		3	
Sexualität vermindert	8	15	1	4	3
<u>Gastro-intestinale Störungen</u>					
Hypersalivation	1	2		1	
Mundtrockenheit	2	4		1	1
Übelkeit	3	5	1	1	1
Erbrechen	5	9	3	2	
Magenbeschwerden	4	7	1	2	1
Obstipation	7	13		4	3
Diarrhoe	6	11	3	3	
<u>Kardio-respiratorische Störungen</u>					
Atenbeschwerden	2	4	2		
Schwindel	6	11	5	1	
Herzklopfen	4	7	1	3	
Herzdruck	1	2	1		

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Andere vegetative Störungen</u>					
Schwitzen vermehrt	18	33	11	6	1
Miktionsstörungen	4	7	1	3	
Menstruationsstörungen	4	7		2	2
<u>Weitere Störungen</u>					
Kopfdruck	10	18	1	5	4
Rückenbeschwerden	5	9		4	1
Hitzegefühl	3	5	2	1	
Frösteln	3	5	1	2	
Konversionssymptome	1	2		1	
<u>Neurologische Störungen</u>					
Muskeltonus erniedrigt	1	2		1	
Tremor	5	9	3	2	
Dyskinesien	1	2		1	
Hypokinesien	1	2	1		
Ataxie	1	2		1	
Parästhesien	1	2	1		
Seitendifferenzen	1	2			
Cerebrale Krampfanfälle	2	4			

Symptomatik (4.13.6)Tab.20 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosen-
gruppe Drogen- bzw. Alkoholpsychosen (ICD-Nr 291 u. 292)

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Bewußtseinsstörungen</u>					
B.-Verminderung	4	6	4		
B.-Trübung	8	12	7	1	
B.-Einengung	8	12	3	2	3
<u>Orientierungsstörungen</u>					
zeitlich	17	27	6	9	2
örtlich	14	22	6	4	4
situativ	11	17	7	2	2
über d. eigene Person	1	2	1		
<u>Aufmerksamkeits-u. Gedächtnisstörungen</u>					
Auffassungsstörungen	27	42	10	14	3
Konzentrationsstörungen	46	72	13	26	7
Merkfähigkeitsstörungen	28	44	11	14	3
Gedächtnisstörungen	22	34	6	14	2
Konfabulationen	4	6	2	2	
<u>Formale Denkstörungen</u>					
gehemmt	4	6	2	1	1
verlangsamt	22	34	9	11	2
umständlich	11	17	6	4	1
eingengt	14	22	7	6	1

N = 64

Symptome	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
perseverierend	6	9	2	3	1
Grübeln	4	6	1	2	1
Gedankendrängen	2	3		2	
ideenflüchtig	4	6	1	3	
Vorbeireden	8	12	2	4	2
gesperrt/Gedankenabreißen	2	3	1		1
inkohärent/zerfahren	9	14	4	3	2
Neologismen	1	2			1
<u>Befürchtungen und Zwänge</u>					
Mißtrauen	13	20	3	4	6
<u>Wahn</u>					
W.-Stimmung	7	11	2	3	2
W.-Wahrnehmung	5	8		3	2
W.-Einfall	7	11	3	3	1
W.-Gedanken	20	31	3	12	5
systemat. Wahn	4	6	1	2	1
W.-Dynamik	12	19	2	9	1
Beziehungswahn	13	20	2	8	3
Beeintr.- Verfolg.-Wahn	23	36	3	13	7
Eifersuchtswahn	1	2	1		
Verarmungswahn	1	2			1
Größenwahn	1	2	1		
andere Wahninhalte	4	6	1	2	1
<u>Sinnestäuschungen</u>					
Illusionen	8	12	5	3	
Stimmenhören	25	39	5	9	11
andere akust.Halluzinat.	14	22	3	9	2

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
optische Halluzinationen	28	44	3	16	9
Geruchs-/Geschmackshallu.	1	2		1	
<u>Ichstörungen</u>					
Derealisation	4	6	1	2	1
Depersonalisation	2	3	1	1	
Gedankenentzug	1	2		1	
Gedankeneingebung	2	3	1	1	
and. Fremdbeeinfl.-Erleb.	4	6	1	2	1
<u>Störungen der Affektivität</u>					
ratlos	12	19	5	5	2
Gefühl d. Gefühllosigkeit	2	3	2		
affektarm	11	17	6	5	
Störung der Vitalgefühle	6	9	1	4	1
deprimiert	21	33	5	14	2
hoffnungslos	5	6	2	1	2
ängstlich	37	58	9	18	10
euphorisch	5	8	1	4	
dysphorisch	10	16	3	6	1
gereizt	14	22	5	9	
innerlich unruhig	39	61	4	23	12
klagsam/jammrig	6	9	2	3	1
Insuffizienzgefühle	3	5		5	
gest. Selbstwert gefühle	2	3	1	1	
Schuldgefühle	1	2		1	
ambivalent	4	6	1	3	
Parathymie	4	6	3	1	
affektlabil	13	20	4	7	2
affektinkontinent	1	2		1	
affektstarr	4	6	1	1	2

N = 64

Symptome	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Antriebs- und psychomotor. Störungen</u>					
antriebsarm	11	17	3	8	
antriebsgehemmt	3	5	1	2	
antriebsgesteigert	16	25	8	7	1
motorisch unruhig	34	53	8	16	10
maniert/bizarrr	3	5	2	1	
theatralisch	5	8	3	2	
mutistisch	3	5	1	2	
logorrhöisch	5	8	2	3	
<u>Circadiane Besonderheiten</u>					
abends schlechter	1	2		1	
<u>Andere psychische Störungen</u>					
sozialer Rückzug	19	30	5	9	5
soziale Umtriebigkeit	3	5	1	1	1
Aggressivität	4	6	1	3	
Suizidalität	6	9	3	1	2
Selbstbeschädigung	2	3	1	1	
Mangel an Krankh.gefühl	20	31	2	7	11
Mangel an Krankh.einsicht	31	48	5	13	13
Ablehnung d. Behandlung	10	16	6	3	1
pflegebedürftig	5	8	2	3	
<u>Schlaf-und Vigilanzstörungen</u>					
Einschlafstörungen	23	36	3	14	6
Durchschlafstörungen	31	47	4	18	9
Verkürzung d. Schlafdauer	21	31	3	12	6
Früherwachen	8	12	1	4	3
Müdigkeit	6	9	2	2	2

N = 64

Symptome	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Appetenzstörungen</u>					
Appetit vermehrt	1	2			1
Appetit vermindert	21	33	9	10	2
Durst vermehrt	2	3	1		1
Sexualität vermindert	2	3	2		
<u>Gastro-intestinale Störungen</u>					
Hypersalivation	2	3		1	1
Übelkeit	15	23	4	10	1
Erbrechen	12	19	6	5	1
Magenbeschwerden	9	14	3	5	1
Obstipation	1	2	1		
Diarrhoe	3	5	2	1	
<u>Kardio-respiratorische Störungen</u>					
Atembeschwerden	3	5	1	2	
Schwindel	6	9	5	1	
Herzklopfen	7	11	3	4	
Herzdruck	3	5	1	2	
<u>Andere vegetative Störungen</u>					
Schwitzen vermehrt	34	58	8	16	10
Seborrhoe	3	5	2	1	
Menstruationsstörungen	1	2	1		
<u>Weitere Störungen</u>					
Kopfdruck	6	9	3	2	1
Rückenbeschwerden	2	3	1	1	
Hitzegefühl	7	11	3	4	
Frösteln	6	9	3	3	

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Neurologische Störungen</u>					
Rigor	1	2		1	
Muskeltonus erniedrigt	3	4	2	1	
Tremor	37	58	10	24	3
Dyskinesien	1	2		1	
Hypokinesien	1	2		1	
Ataxie	7	11	4	3	
Nystagmus	2	4	2		
Parästhesien	3	5	2		1
Seitendifferenzen	2	3			
Cerebr. Krampfanfälle	7	11			

Symptomatik (4.14.6)

Tab.21 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Restgruppe
 übrige Diagnosen (ICD-Nr. 302 , 306 , 307-Rest, 308 , 311-316)

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen</u>					
Konzentrationsstörungen	4	14	3	1	
<u>Formale Denkstörungen</u>					
verlangsamt	4	14	4		
umständlich	3	11	2	1	
eingeeengt	1	4	1		
Grübeln	3	11		2	1
Gedankendrängen	1	4		1	
inkohärent/zerfahren	1	4		1	
<u>Befürchtungen und Zwänge</u>					
Mißtrauen	2	7		2	
Hypochondrie (n.wahnh.)	6	21	5	1	
Phobien	1	4		1	
Zwangsdenken	2	7	1	1	
Zwangshandlungen	1	4	1		
<u>Wahn</u>					
W.-Stimmung	1	4	1		
W.-Gedanken	1	4		1	
systemat. Wahn	1	4	1		
W.-Dynamik	1	4	1		

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
antriebsgesteigert	2	7	1	1	
motorisch unruhig	2	7	1	1	
theatralisch	2	7		1	1
logorrhöisch	2	7		2	
<u>Circadiane Besonderheiten</u>					
morgens schlechter	2	7		2	
<u>Andere psychische Störungen</u>					
sozialer Rückzug	4	14	1	3	
soziale Umtriebigkeit	3	11	3		
Aggressivität	4	14	4		
Suizidalität	7	25	3	3	1
Selbstbeschädigung	1	4			1
Mangel an Krankh.gefühl	1	4		1	
Mangel an Krankh.einsicht	5	18	2	2	1
<u>Schlaf-und Vigilanzstörungen</u>					
Einschlafstörungen	5	18	3	1	1
Durchschlafstörungen	9	32	6	3	
Verkürzung d.Schlafdauer	4	14	2	2	
Müdigkeit	3	11	1	2	
<u>Appetenzstörungen</u>					
Appetit vermindert	5	18	2	3	
Appetit vermehrt	2	7	1	1	
Sexualität vermindert	4	14	1	3	
<u>Gastro-intestinale Störungen</u>					
Mundtrockenheit	2	7	1		1

Symptome	Fallzahl		Ausprägung		
	abs	%	1	2	3
Beziehungswahn	1	4		1	
Beeinträcht.-Verfolg.W.	1	4		1	
<u>Ich-Störungen</u>					
Derealisation	1	4	1		
<u>Störungen der Affektivität</u>					
ratlos	2	7	1	1	
affektarm	4	14	1	3	
Störung der Vitalgefühle	3	11	2	1	
deprimiert	17	61	5	9	3
hoffnungslos	8	29	4	1	3
ängstlich	7	25	4	2	1
euphorisch	1	4		1	
dysphorisch	2	7	1	1	
gereizt	3	11	3		
innerlich unruhig	3	11	1	2	
klagsam/jammerig	4	14		3	1
Insuffizienzgefühle	1	4		1	
gest. Selbstwertgefühle	1	4	1		
Schuldgefühle	2	7		1	1
ambivalent	1	4	1		
Parathymie	1	4	1		
affektlabil	4	14	1	3	
affektinkontinent	1	4	1		
affektstarr	2	7	2		
<u>Antriebs-und psychomotorische Störungen</u>					
antriebsarm	5	18	2	3	
antriebsgehemmt	2	7	2		

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
Übelkeit	1	4		1	
Erbrechen	2	7		1	1
Obstipation	3	11		2	1
Diarrhoe	2	7	1		1
<u>Kardio-respiratorische Störungen</u>					
Atenbeschwerden	2	7		2	
Schwindel	3	11	2	1	
Herzklopfen	4	14	2	2	
Herzdruck	3	11	1	2	
<u>Andere vegetative Störungen</u>					
Akkommodationsstörungen	2	7	2		
Schwitzen vermehrt	2	7	1	1	
Miktionsstörungen	2	7	1		1
<u>Weitere Störungen</u>					
Kopfdruck	7	25	2	2	3
Frösteln	1	4	1		
Konversionssymptome	1	4		1	
<u>Neurologische Störungen</u>					
Dyskinesien	1	4			1
Nystagmus	1	4	1		

Symptomatik (4.16.6)

Tab.22 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Hauptdiagnosengruppe Neurosen und längere depressive Reaktionen (ICD-Nr 300 u. 309.1)

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Orientierungsstörungen</u>					
zeitlich	4	2	4		
<u>Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen</u>					
Auffassungsstörungen	9	4	8	1	
Konzentrationsstörungen	43	21	22	18	3
Merkfähigkeitsstörungen	18	9	14	3	1
Gedächtnisstörungen	10	5	8	1	1
<u>Formale Denkstörungen</u>					
gehemmt	4	2	2	2	
verlangsamt	23	11	13	9	1
umständlich	28	14	15	10	3
eingengt	51	25	22	22	7
perseverierend	12	6	8	4	
Grübeln	49	24	19	29	1
Gedankendrängen	5	2	3	1	1
ideenflüchtig	4	2	1	3	
gesperrt/Gedankenabreißen	2	1	1	1	
<u>Befürchtungen und Zwänge</u>					
Mißtrauen	20	10	9	9	2
Hypochondrie(n.wahnh.)	52	26	5	28	19
Phobien	18	9	5	10	3
Zwangsdenken	12	6	3	5	4

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
Zwangsimpulse	7	3	3	2	2
Zwangshandlungen	8	4	4	1	3
<u>Sinnestäuschungen</u>					
Körperhalluzinationen	2	1	1		1
<u>Ichstörungen</u>					
Depersonalisation	5	2		4	1
<u>Störungen der Affektivität</u>					
ratlos	7	3	4	3	
Gefühl d. Gefühllosigkeit	7	3	4	3	
affektarm	15	7	12	3	
Störung d. Vitalgefühle	49	24	14	26	9
deprimiert	169	84	55	98	16
hoffnungslos	80	40	29	44	7
ängstlich	94	47	38	43	13
euphorisch	3	1	2		1
dysphorisch	32	16	19	11	2
gereizt	17	8	9	5	3
innerlich unruhig	69	34	29	30	10
Insuffizienzgefühle	62	31	27	30	5
gest. Selbstwertgefühle	3	1		3	
Schuldgefühle	13	6	6	4	3
ambivalent	18	9	7	7	4
Parathymie	4	2	4		
affektlabil	31	15	17	13	1
affektinkontinent	14	7	8	5	1
affektstarr	15	7	8	4	3
klagsam/jammrig	69	34	29	30	10

N = 201

Symptome	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Antriebs- und psychomotor. Störungen</u>					
antriebsarm	49	24	25	23	1
antriebsgehemmt	21	10	15	6	
antriebsgesteigert	14	7	7	7	
motorisch unruhig	38	19	19	16	3
maniert/bizarrr	4	2	3	1	
theatralisch	42	21	14	21	7
mutistisch	2	1	2		
logorrhöisch	24	12	12	8	4
<u>Circadiane Besonderheiten</u>					
morgens schlechter	4	2	1	3	
abends schlechter	6	3	5	1	
abends besser	4	2	2	2	
<u>Andere psychische Störungen</u>					
sozialer Rückzug	65	32	22	32	11
soziale Umtriebigkeit	4	2	1		3
Aggressivität	11	5	6	2	3
Suizidalität	57	28	32	20	5
Selbstbeschädigung	7	3	2	5	
Mangel an Krankh.gefühl	4	2	3		1
Mangel an Krankh.einsicht	31	15	10	17	4
Ablehnung d. Behandlung	11	5	5	5	1
<u>Schlaf- und Vigilanzstörungen</u>					
Einschlafstörungen	85	42	32	42	11
Durchschlafstörungen	76	38	25	36	15
Verkürzung d. Schlafdauer	42	21	19	19	4
Früherwachen	22	11	9	10	3
Müdigkeit	24	12	8	14	2

N = 201

Symptome	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Appetenzstörungen</u>					
Appetit vermindert	61	30	30	25	6
Appetit vermehrt	3	1	2	1	
Durst vermehrt	4	2	2	1	1
Sexualität vermindert	27	13	9	9	9
<u>Gastro-intestinale Störungen</u>					
Mundtrockenheit	4	2		3	1
Übelkeit	16	8	6	10	
Erbrechen	8	4	4	2	2
Magenbeschwerden	26	13	11	12	3
Obstipation	21	10	6	12	3
Diarrhoe	6	3	1	4	1
<u>Kardio-respiratorische Störungen</u>					
Atembeschwerden	10	5	5	5	
Schwindel	37	18	18	16	3
Herzklopfen	25	12	5	17	3
Herzdruck	20	10	7	9	4
<u>Andere vegetative Störungen</u>					
Akkommodationsstörungen	2	1		2	
Schwitzen vermehrt	35	17	12	22	1
Seborrhoe	2	1		2	
Miktionsstörungen	6	3	3	3	
Menstruationsstörungen	13	6	12	1	
<u>Weitere Störungen</u>					
Kopfdruck	45	22	14	24	7

N = 201

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
Rückenbeschwerden	21	10	6	6	9
Schweregefühl i.d.Beinen	8	4	3	3	2
Hitzegefühl	4	2	1	3	
Frösteln	5	2	1	3	1
Konversionssymptome	24	12	6	10	8
<u>Neurologische Störungen</u>					
Tremor	19	9	12	7	
Dyskinesien	3	1		2	1
Parästhesien	4	2	2	1	1
Seitendifferenzen	3	1			

Symptomatik (4.17.6)

Tab.23 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Hauptdiagnosengruppe psychogene Reaktionen (ICD-Nr 308, 309.0 u. 309.2-9)

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Bewußtseinsstörungen</u>					
B.-Verminderung	1	1		1	
<u>Orientierungsstörungen</u>					
situativ	1	1	1		
<u>Aufmerksamkeits- u. Gedächtnisstörungen</u>					
Auffassungsstörungen	7	7	7		
Konzentrationsstörungen	18	18	15	3	
Merkfähigkeitsstörungen	5	5	4	1	
Gedächtnisstörungen	3	3	1	2	
Paramnesien	2	2		2	
<u>Formale Denkstörungen</u>					
gehemmt	3	3	2	1	
verlangsamt	16	16	12	4	
umständlich	9	9	7	2	
eingengt	19	19	15	4	
perseverierend	4	4	3	1	
Grübeln	9	9	6	2	1
gesperrt/Gedankenabreißen	1	1	1		
<u>Befürchtungen und Zwänge</u>					
Mißtrauen	13	13	11	2	

N = 100

Symptome	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
Hypochondrie (n.wahnh.)	8	8	7	1	
Phobien	1	1		1	
Zwangsdenken	1	1	1		
Zwangsimpulse	2	2		2	
Zwangshandlungen	1	1		1	
<u>Sinnestäuschungen</u>					
Körperhalluzinationen	1	1		1	
<u>Ichstörungen</u>					
Derealisation	1	1	1		
<u>Störungen der Affektivität</u>					
ratlos	2	2	1	1	
affektarm	5	5	2	3	
Störung der Vitalgefühle	7	7	4	3	
deprimiert	87	87	30	54	3
hoffnungslos	34	34	14	19	1
ängstlich	36	36	23	13	
dysphorisch	15	15	8	6	1
gereizt	11	11	10	1	
innerlich unruhig	32	32	17	15	
klagsam/jammerig	20	20	5	11	4
Insuffizienzgefühle	25	25	17	7	1
Schuldgefühle	8	8	7	1	
ambivalent	6	6	6		
Parathymie	4	4	3	1	
affektlabil	12	12	11	1	
affektinkontinent	6	6	6		
affektstarr	5	5	3	2	

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Antriebs- und psychomotor. Störungen</u>					
antriebsarm	14	14	9	5	
antriebsgehemmt	8	8	5	3	
antriebsgesteigert	1	1	1		
motorisch unruhig	11	11	10	1	
Parakinesien	1	1		1	
manipuliert/bizar	1	1	1		
theatralisch	17	17	5	10	2
mutistisch	2	2	2		
logorrhöisch	4	4	1	2	1
<u>Circadiane Besonderheiten</u>					
abends besser	2	2	2		
<u>Andere psychische Störungen</u>					
sozialer Rückzug	18	18	11	7	
soziale Umtriebigkeit	4	4	2	2	
Aggressivität	8	8	4	4	
Suizidalität	53	53	26	24	3
Selbstbeschädigung	9	9	2	6	1
Mangel an Krankh.gefühl	4	4	2	1	1
Mangel an Krankh.einsicht	11	11	5	5	1
Ablehnung der Behandlung	2	2	1	1	
<u>Schlaf- und Vigilanzstörungen</u>					
Einschlafstörungen	35	35	15	19	1
Durchschlafstörungen	38	38	18	18	2
Verkürzung d. Schlafdauer	11	11	4	6	1
Früherwachen	3	3	2	1	
Müdigkeit	8	8	4	4	

Symptome	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Appetenzstörungen</u>					
Appetit vermindert	26	26	14	11	1
Appetit vermehrt	1	1			1
Durst vermehrt	1	1	1		
Sexualität vermindert	5	5	3	1	1
<u>Gastro-intestinale Störungen</u>					
Hypersalivation	1	1	1		
Übelkeit	3	3	2	1	
Erbrechen	2	2	2		
Magenbeschwerden	6	6	2	3	1
Obstipation	2	2	1	1	
Diarrhoe	4	4	2	2	
<u>Kardio-respiratorische Störungen</u>					
Atembeschwerden	3	3	2	1	
Schwindel	3	3			
Herzklopfen	7	7	5	1	1
Herzdruck	4	4	2	1	1
<u>Andere vegetative Störungen</u>					
Schwitzen vermehrt	6	6	3	3	
Menstruationsstörungen	3	3	1	2	
<u>Weitere Störungen</u>					
Kopfdruck	15	15	9	4	2
Rückenbeschwerden	6	6	4	2	
Schweregefühl i. d. Beinen	4	4	2	2	
Hitzegefühl	3	3	3		
Konversionssymptome	4	4	2	1	1

N = 100

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Neurologische Störungen</u>					
Muskeltonus erniedrigt	1	1	1		
Tremor	3	3	1	2	
Parästhesien	1	1			1
Seitendifferenzen	2	2			

Symptomatik (4.18.6)

Tab.24 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Hauptdiagnosengruppe Alkohol-/Medikamenten-/Drogenabhängigkeit und deren Mißbrauch; (ICD-Nr 303 , 304 u. 305)

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Bewußtseinsstörungen</u>					
B.-Verminderung	3	1	1	2	
B.-Trübung	8	3	5	3	
B.- Einengung	9	3	7	2	
<u>Orientierungsstörungen</u>					
zeitlich	10	3	5	3	2
örtlich	6	2	2	2	2
situativ	4	1	2	1	1
<u>Aufmerksamkeits-und Gedächtnisstörungen</u>					
Auffassungsstörungen	45	16	21	21	3
Konzentrationsstörungen	136	47	56	68	12
Merkfähigkeitsstörungen	75	26	41	32	2
Gedächtnisstörungen	37	13	20	16	1
Konfabulationen	4	1	3	1	
Paramnesien	2	1	1	1	
<u>Formale Denkstörungen</u>					
gehemmt	7	2	4	3	
verlangsamt	60	21	19	32	9
umständlich	41	14	17	22	2

N = 290

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
eingeengt	32	11	16	14	2
perseverierend	12	4	6	5	1
Grübeln	25	8	12	11	2
Gedankendrängen	3	1	2	1	
ideenflüchtig	3	1	2	1	
Vorbeireden	7	2	3	3	1
inkohärent/zerfahren	2	1	1	1	
<u>Befürchtungen und Zwänge</u>					
Mißtrauen	26	9	13	13	
Hypochondrie(n.wahnh.)	9	3	7	2	
Phobien	10	3	3	6	1
Zwangsdenken	4	1	4		
Zwangsimpulse	4	1	2	2	
<u>Wahn</u>					
W.-Gedanken	2	1	1		1
Beeinträcht.-Verfolg.-W.	2	1	1	1	
<u>Sinnestäuschungen</u>					
Stimmenhören	2	1	1	1	
optische Halluzinationen	3	1	1	1	1
Körperhalluzinationen	2	1	1	1	
<u>Störungen der Affektivität</u>					
ratlos	8	3	5	3	
Gefühl d. Gefühllosigkeit	3	1	1	1	1
affektarm	18	6	12	6	

Symptome	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
Störung der Vitalgefühle	16	6	4	10	2
deprimiert	157	54	60	89	8
hoffnungslos	49	17	15	32	2
ängstlich	81	28	35	42	4
euphorisch	9	3	7	2	
dysphorisch	38	13	17	20	1
gereizt	44	15	16	26	2
innerlich unruhig	100	34	36	54	10
klagsam/jammerig	51	18	12	36	3
Insuffizienzgefühle	50	17	16	28	6
gest. Selbstwertgefühle	6	2	5	1	
Schuldgefühle	24	8	13	10	1
ambivalent	15	5	6	8	1
Parathymie	8	3	4	4	
affektlabil	53	18	21	28	4
affektinkontinent	15	5	8	7	
affektstarr	9	3	5	4	
<u>Antriebs- und psychomotor. Störungen</u>					
antriebsarm	31	11	20	9	2
antriebsgehemmt	15	5	10	5	
antriebsgesteigert	16	5	8	7	1
motorisch unruhig	38	13	16	21	1
Parakinesien	3	1	1	2	
maniert/bizar	6	2	5	1	
theatralisch	26	9	12	13	1
mutistisch	2	1		2	
logorrhöisch	13	4	3	10	

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Circadiane Besonderheiten</u>					
morgens schlechter	6	2	3	3	
abends besser	2	1	2		
<u>Andere psychische Störungen</u>					
sozialer Rückzug	56	19	17	38	1
soziale Utriebigkeit	5	2	2	3	
Aggressivität	20	7	11	7	2
Suizidalität	30	10	14	14	2
Selbstbeschädigung	13	4	4	5	4
Mangel an Krankh.gefühl	45	16	10	22	13
Mangel an Krankh.einsicht	90	31	16	50	24
Ablehnung d. Behandlung	18	6	7	8	3
pflegebedürftig	6	2	4	1	1
<u>Schlaf- und Vigilanzstörungen</u>					
Einschlafstörungen	90	31	19	59	2
Durchschlafstörungen	85	29	18	52	15
Verkürzung d. Schlafdauer	45	16	10	25	10
Früherwachen	10	3	2	5	3
Müdigkeit	23	8	9	10	4
<u>Appetenzstörungen</u>					
Appetenz vermindert	98	34	22	59	17
Appetenz vermehrt	3	1		2	1
Durst vermehrt	27	9		25	2
Sexualität vermindert	35	12	3	22	10

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Gastro-intestinale Störungen</u>					
Hypersalivation	2	1	1	1	
Mundtrockenheit	6	2	2	3	1
Übelkeit	58	20	16	40	2
Erbrechen	54	19	11	40	3
Magenbeschwerden	36	12	12	18	6
Obstipation	15	5	2	8	5
Diarrhoe	42	14	15	25	2
<u>Kardio-respiratorische Störungen</u>					
Atembeschwerden	6	2	6		
Schwindel	26	9	12	13	1
Herzklopfen	38	13	17	19	2
Herzdruck	9	3	3	6	
<u>Andere vegetative Störungen</u>					
Schwitzen vermehrt	144	50	36	95	13
Seborrhoe	4	1	2	2	
Miktionsstörungen	8	3	3	5	
Menstruationsstörungen	13	4	7	2	4
<u>Weitere Störungen</u>					
Kopfdruck	27	9	6	19	5
Rückenbeschwerden	11	4		9	2
Schweregefühl i.d. Beinen	2	1		2	
Hitzegefühl	14	5	6	7	1
Frösteln	15	5	7	8	
Konversionssymptome	3	1		3	

N = 290

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Neurologische Störungen</u>					
Muskeltonus erniedrigt	2	1	1	1	
Tremor	106	37	29	66	11
Dyskinesien	2	1		2	
Hypokinesien	2	1	2		
Akathisie	2	1	2		
Ataxie	32	11	15	14	3
Parästhesien	10	3	2	6	2
Seitendifferenzen	7	2			
Cerebrale Krampfanfälle	13	4			

8.3 A b b i l d u n g e n

Abb. 1. Altersverteilung aller Patienten
der Diagnosegruppe 01: Angstneurosen und Phobien

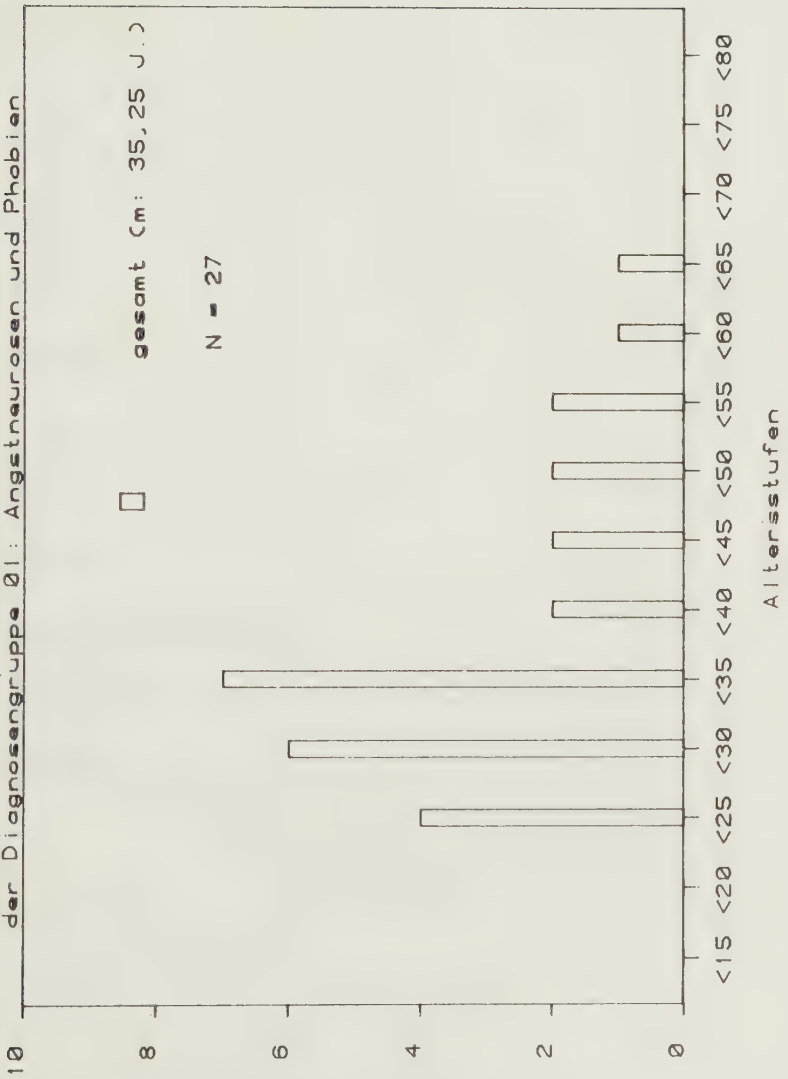
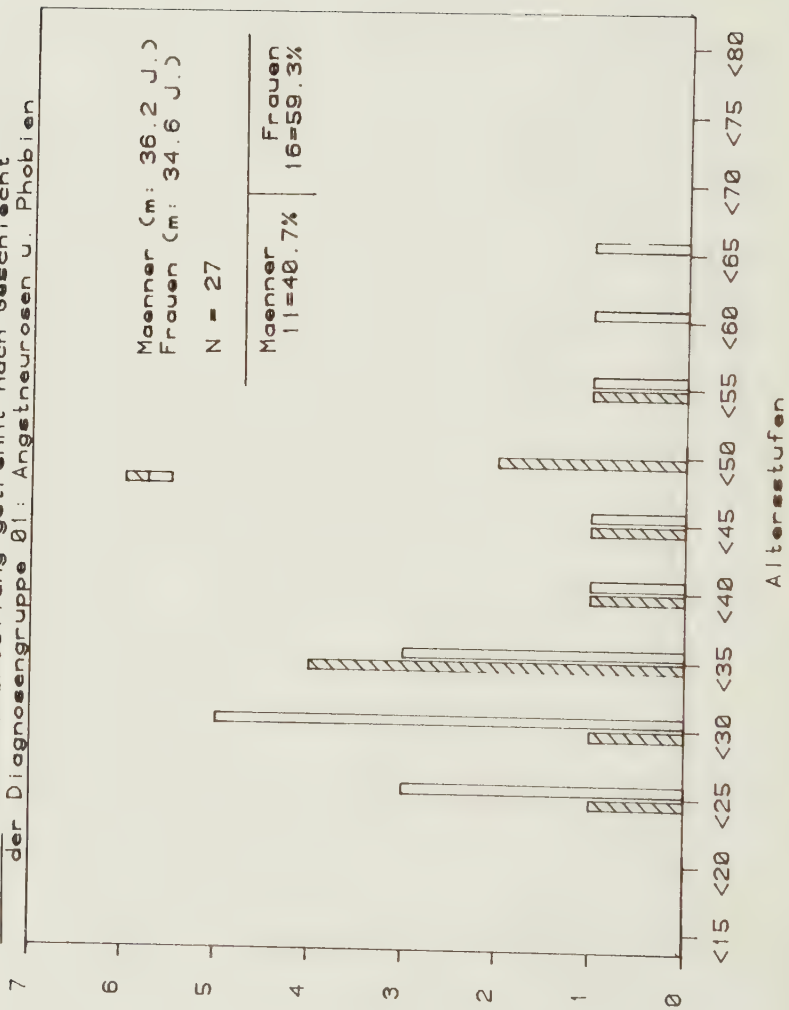
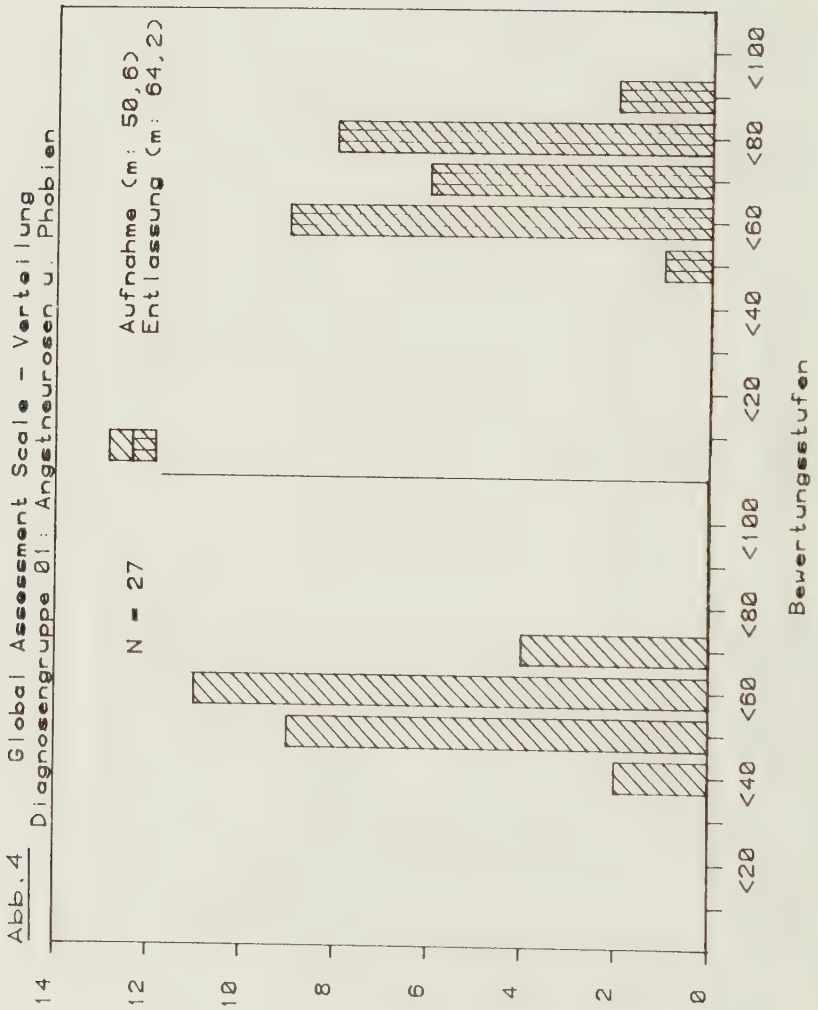


Abb. 2 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht
der Diagnosegruppe 01: Angstneurosen u. Phobien





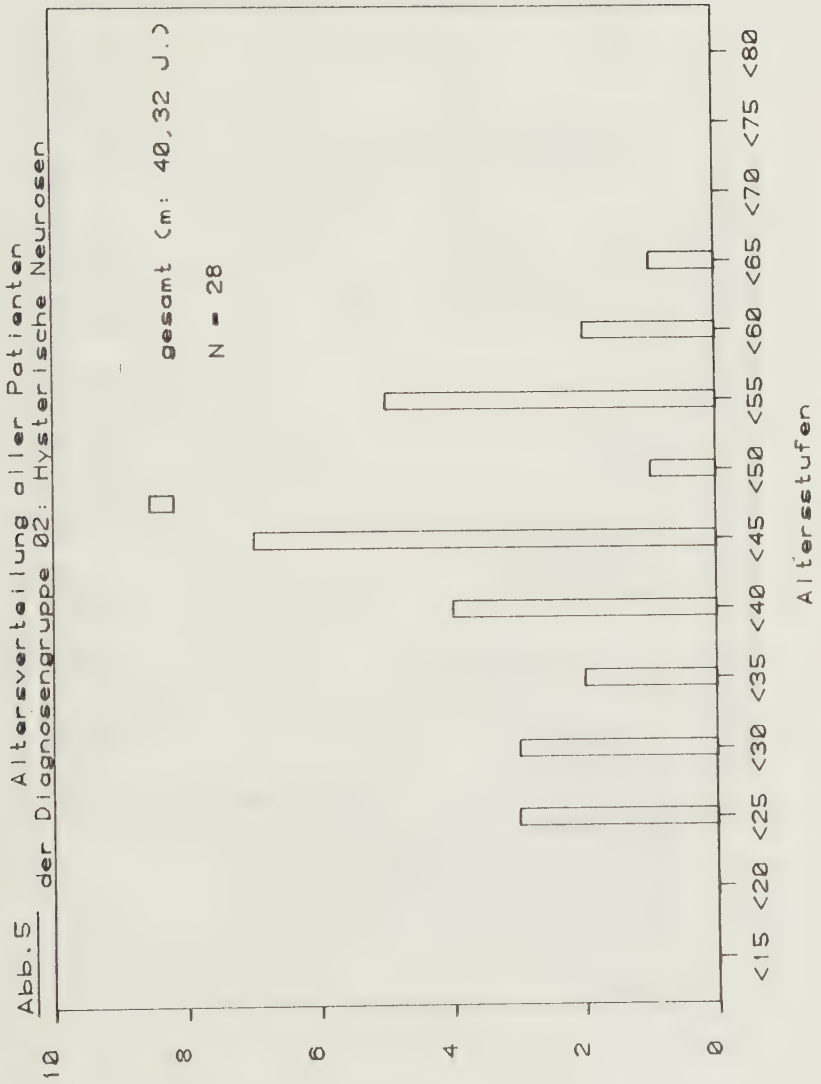


Abb. 6 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht
der Diagnosegruppe 02: Hysterische Neurosen

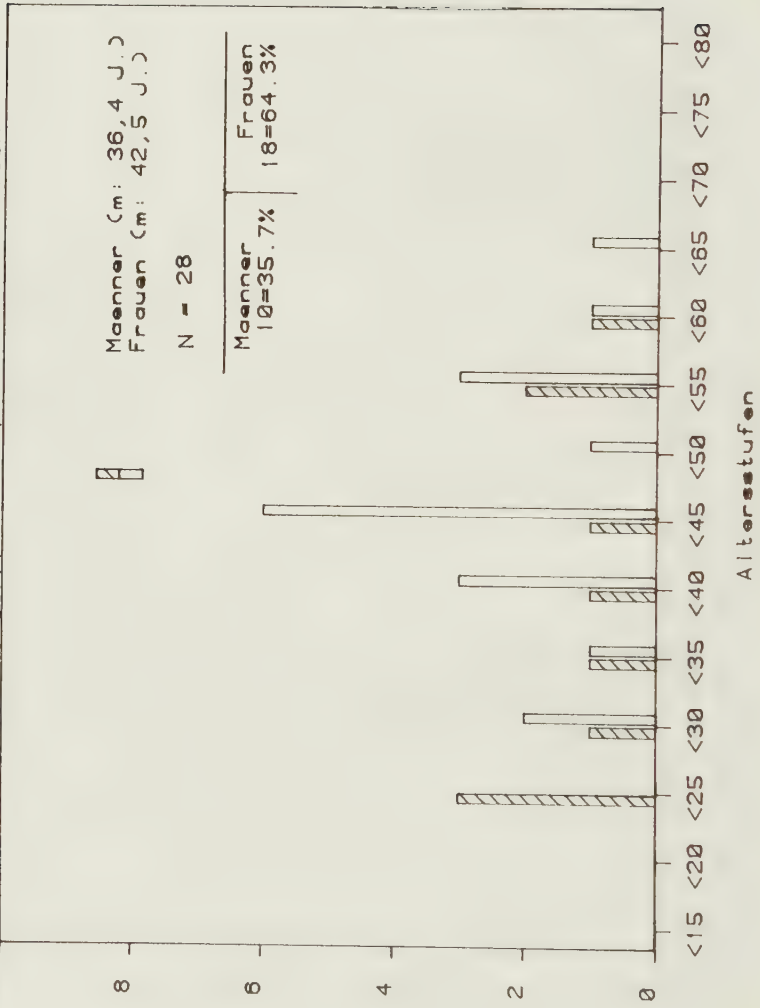


Abb. 7 Aufenthaltverteilung
der Diagnosegruppe 02: Hysterische Neurosen

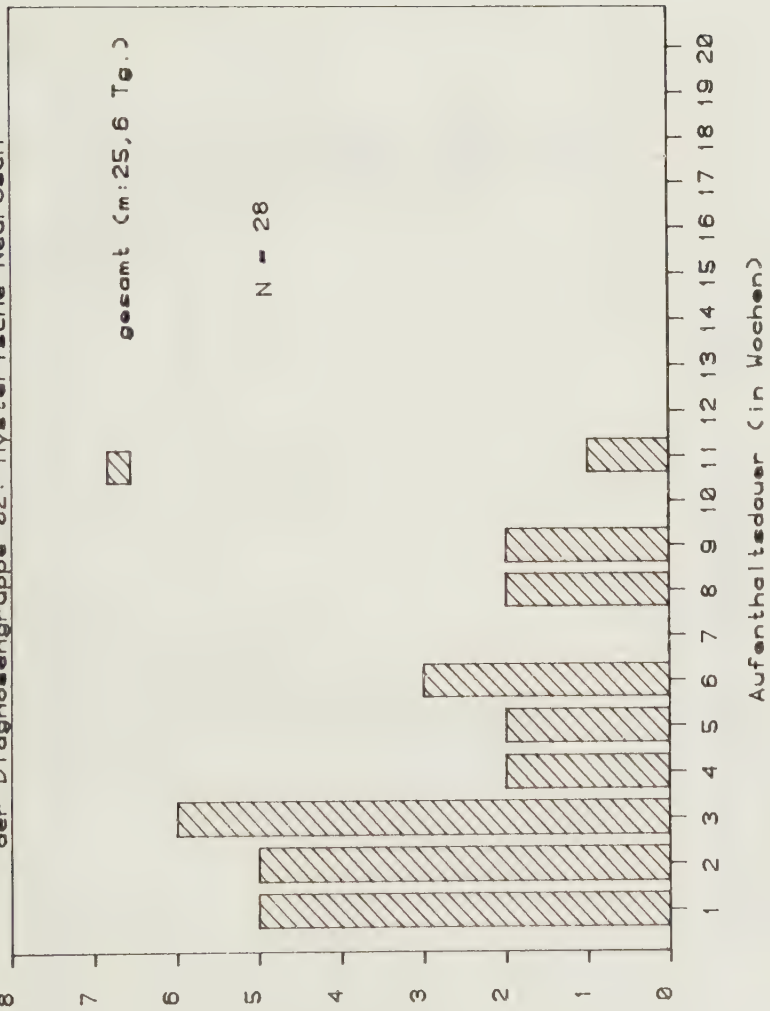
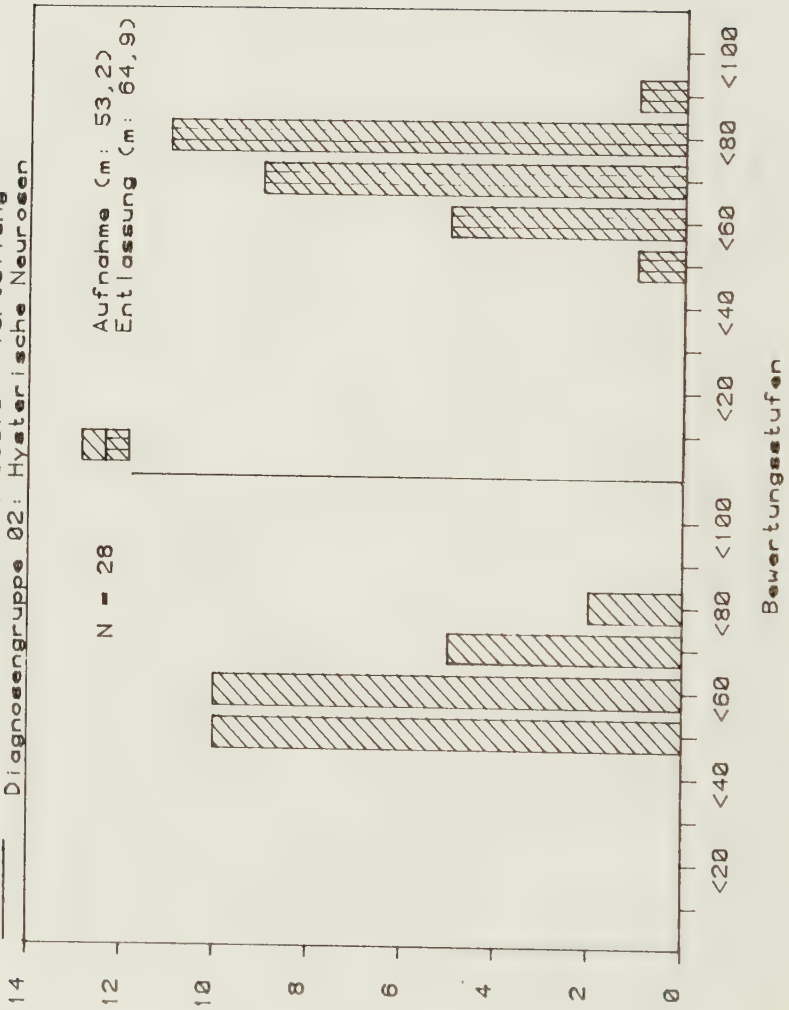


Abb. 8 Global Assessment Scale - Verteilung
Diagnosengruppe 02: Hysterische Neurosen



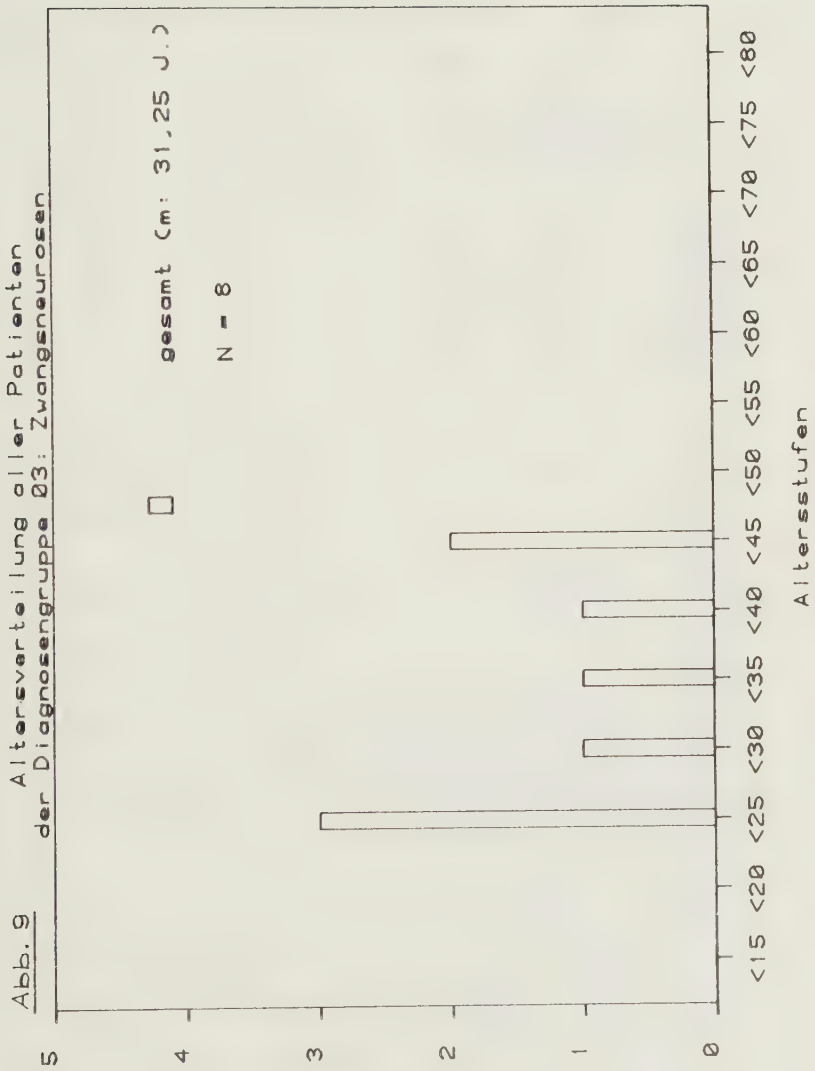


Abb. 10 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht
der Diagnosegruppe 03: Zwangseurosien

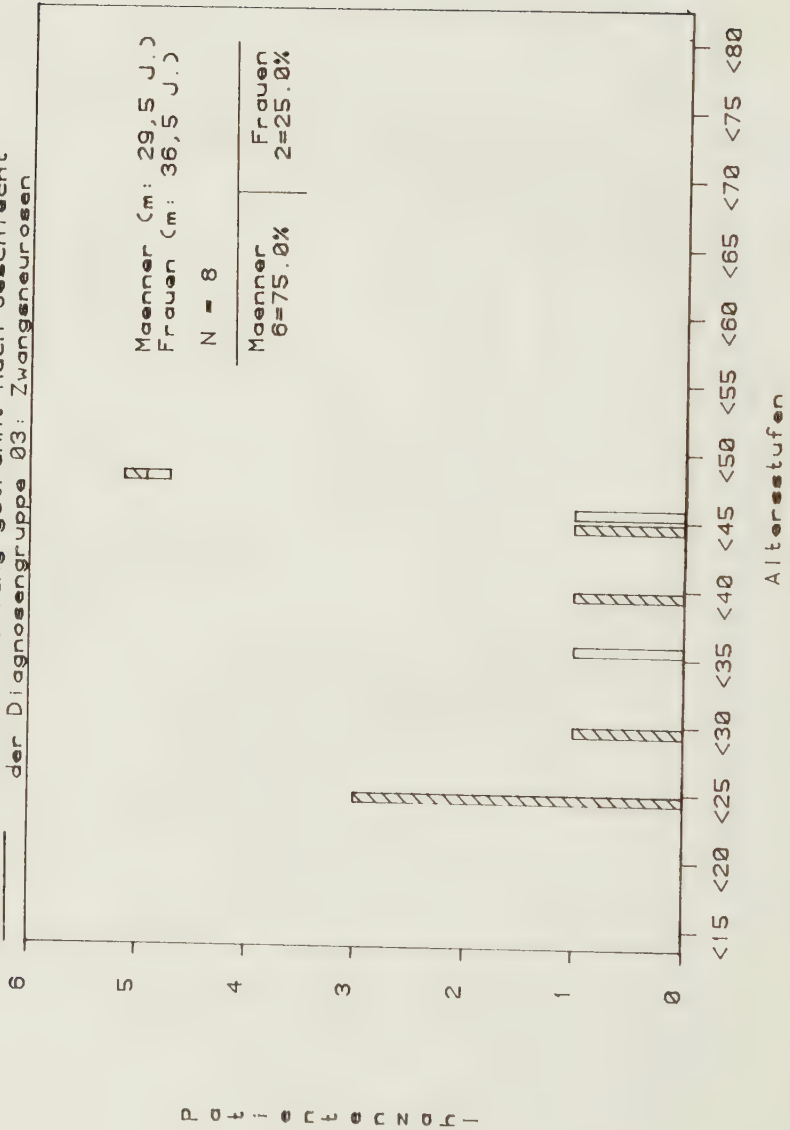
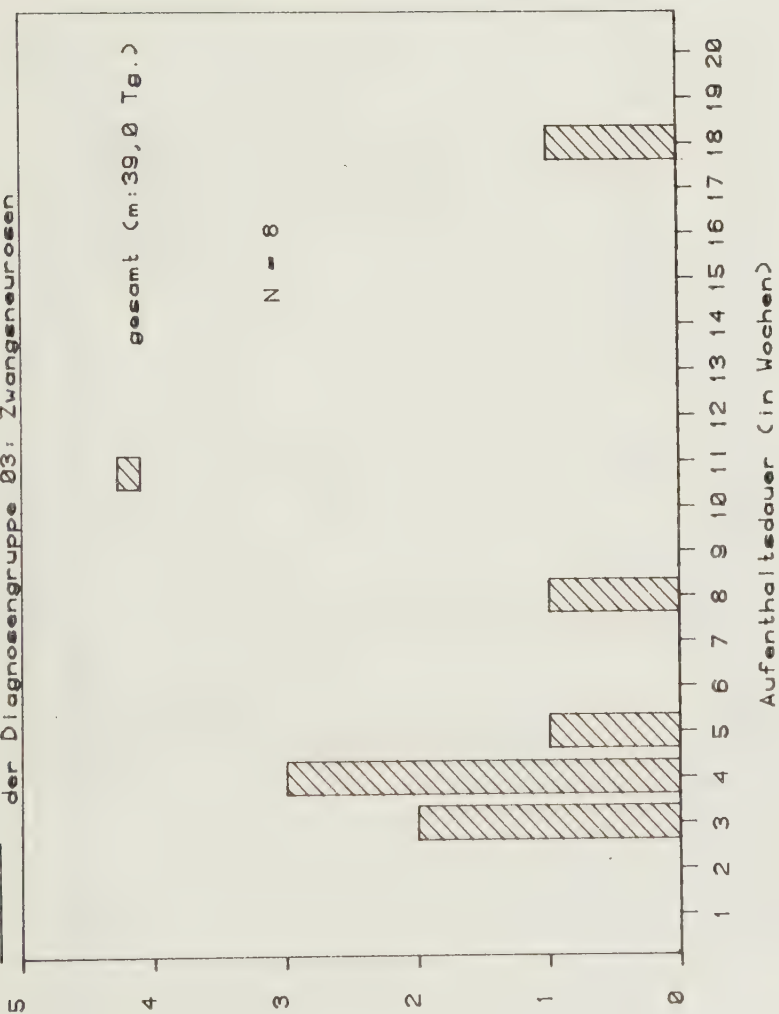


Abb. 11
Aufenthaltsverteilung
der Diagnosegruppe 03: Zwangsnerven



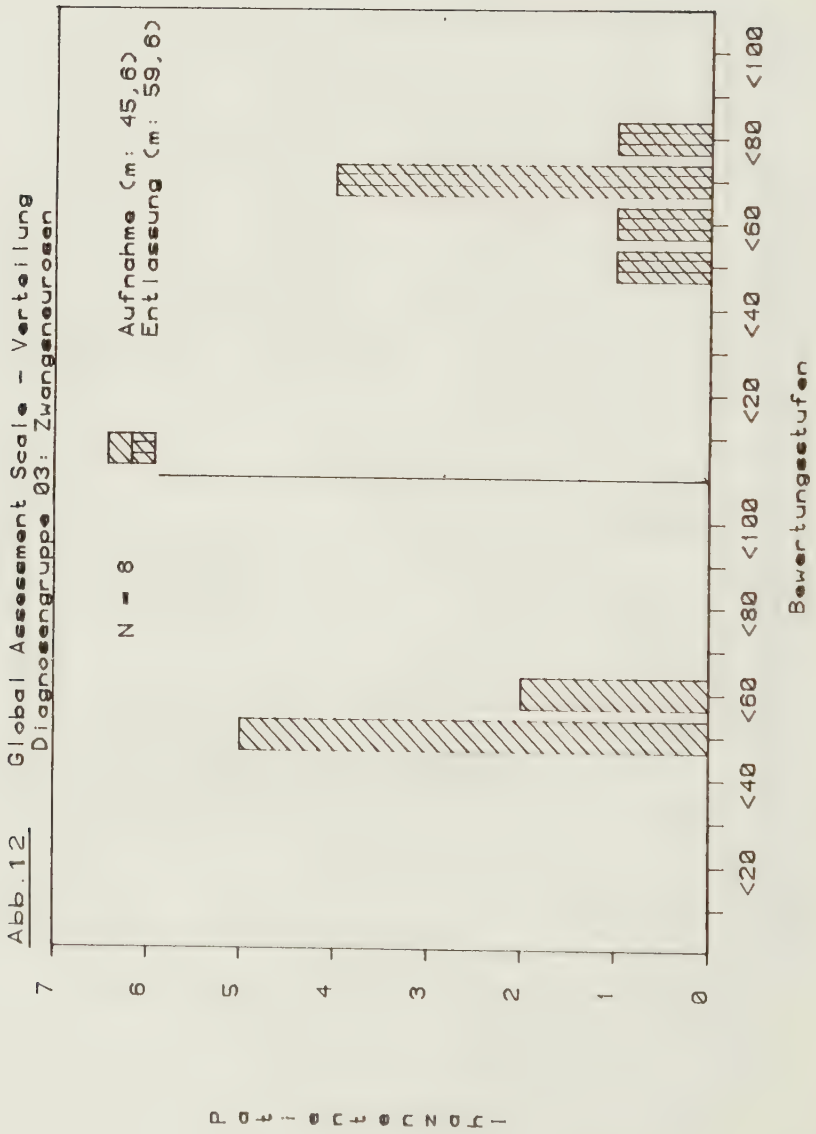


Abb. 13 Altersverteilung aller Patienten
der Diagnosegruppe 04: Hypochondrische Neurosen

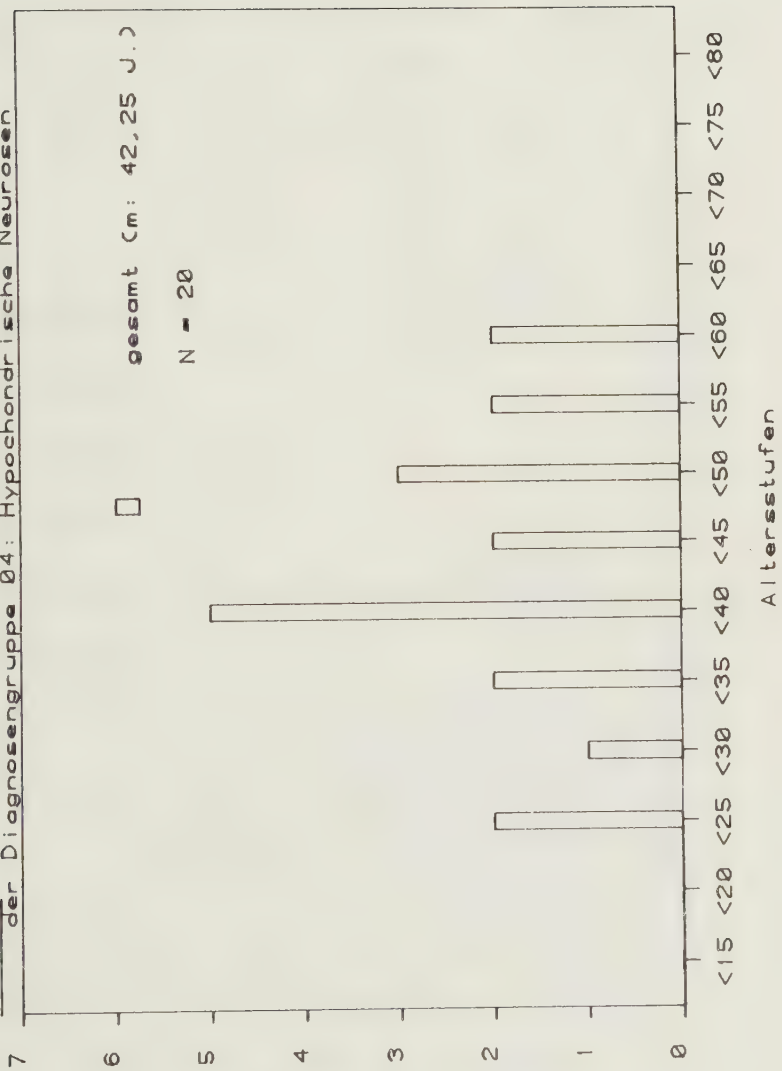


Abb. 14 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht
der Diagnosegruppe 04: Hypochondrische Neurosen

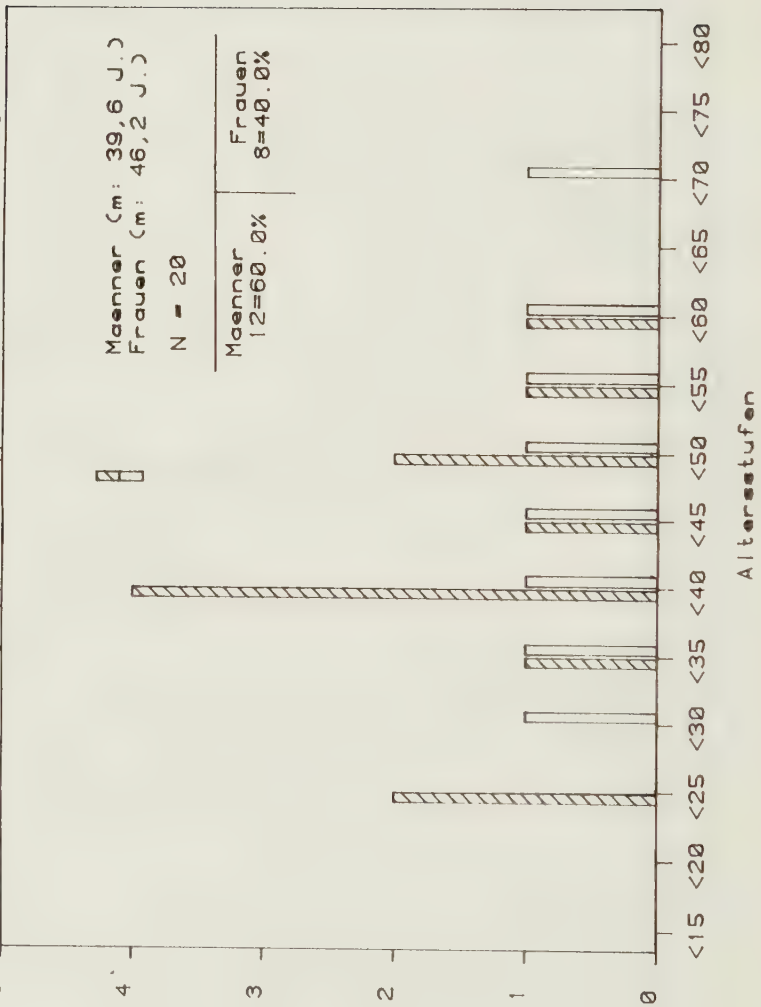
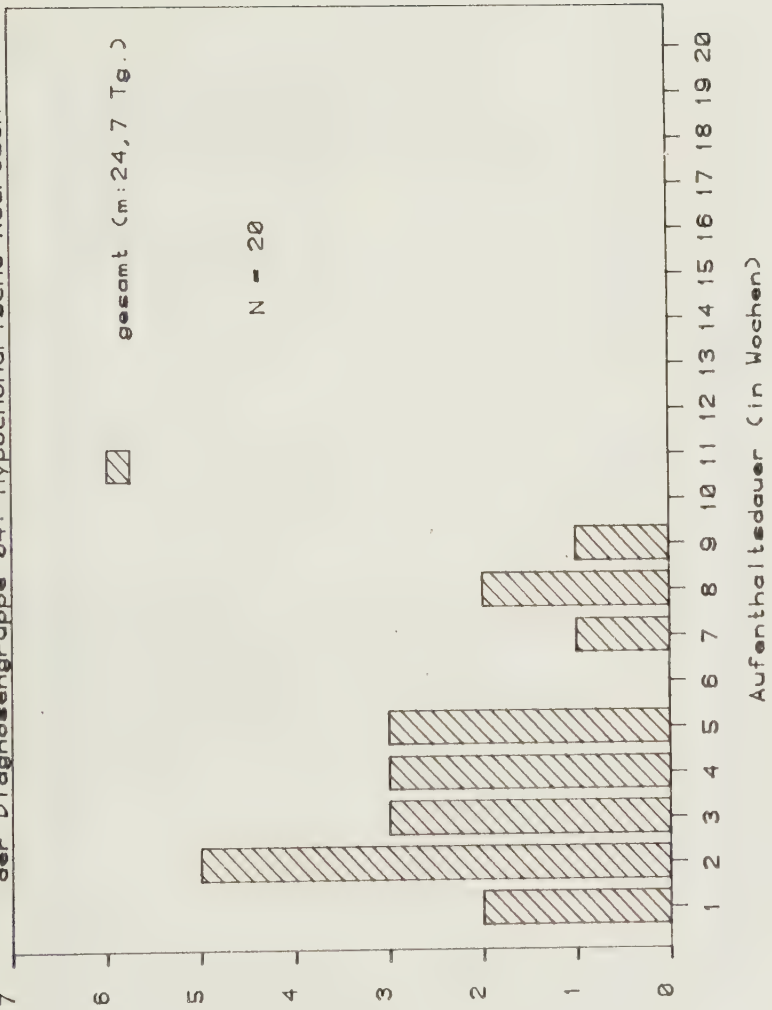
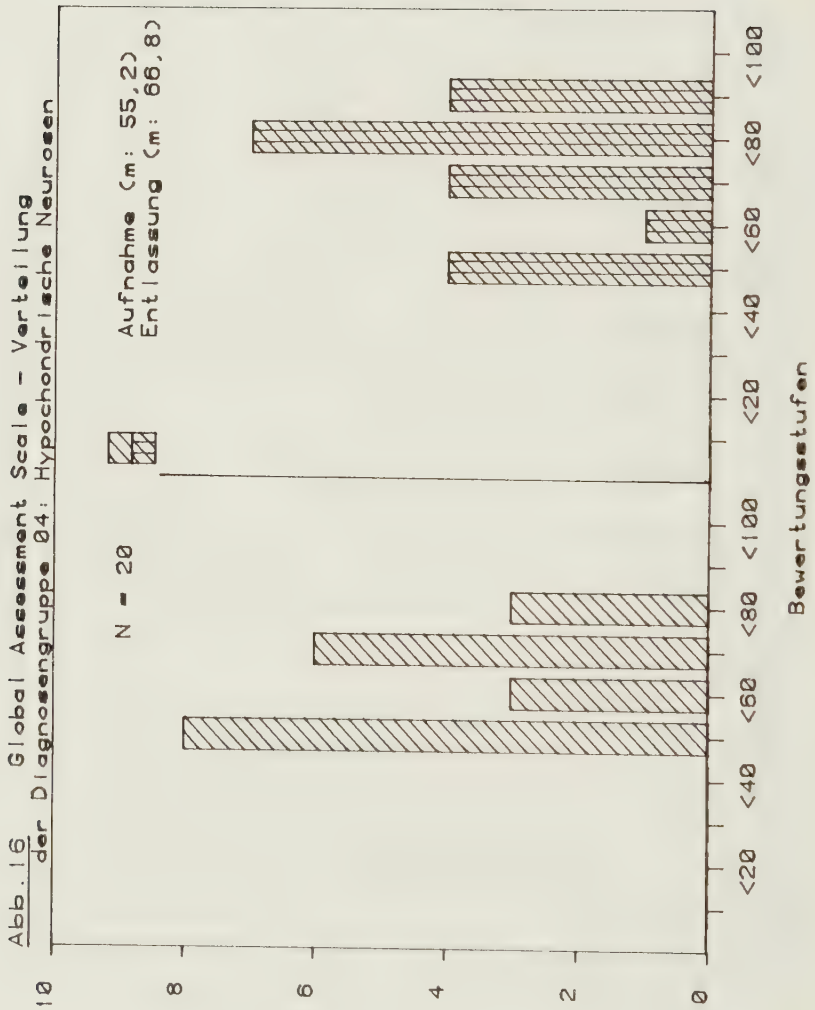


Abb. 15
der Diagnosegruppe 04: Hypochondrische Neurosen





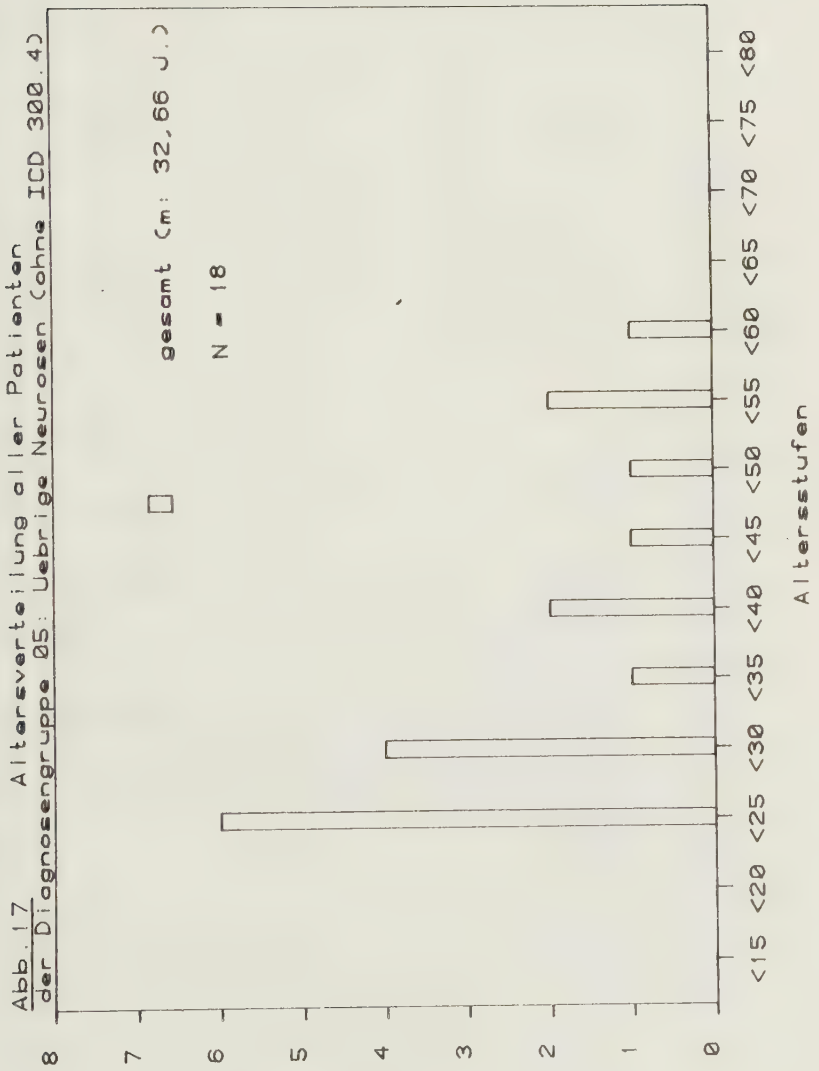
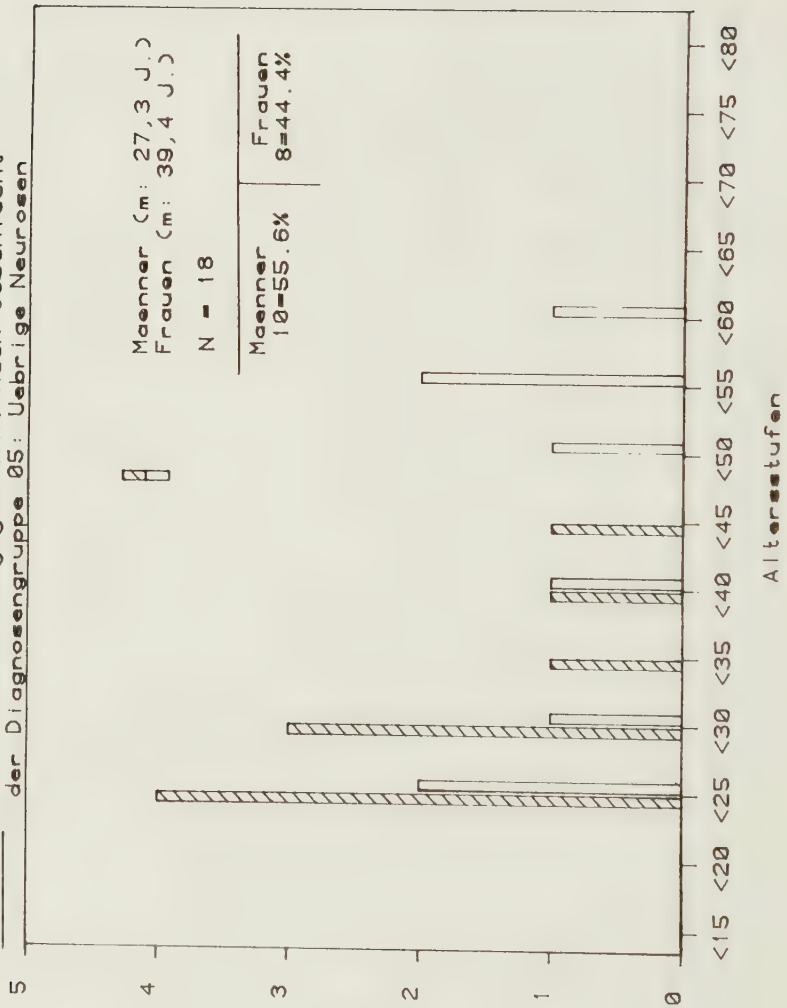


Abb. 18 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht
der Diagnosegruppe 05: Uebrige Neurosen



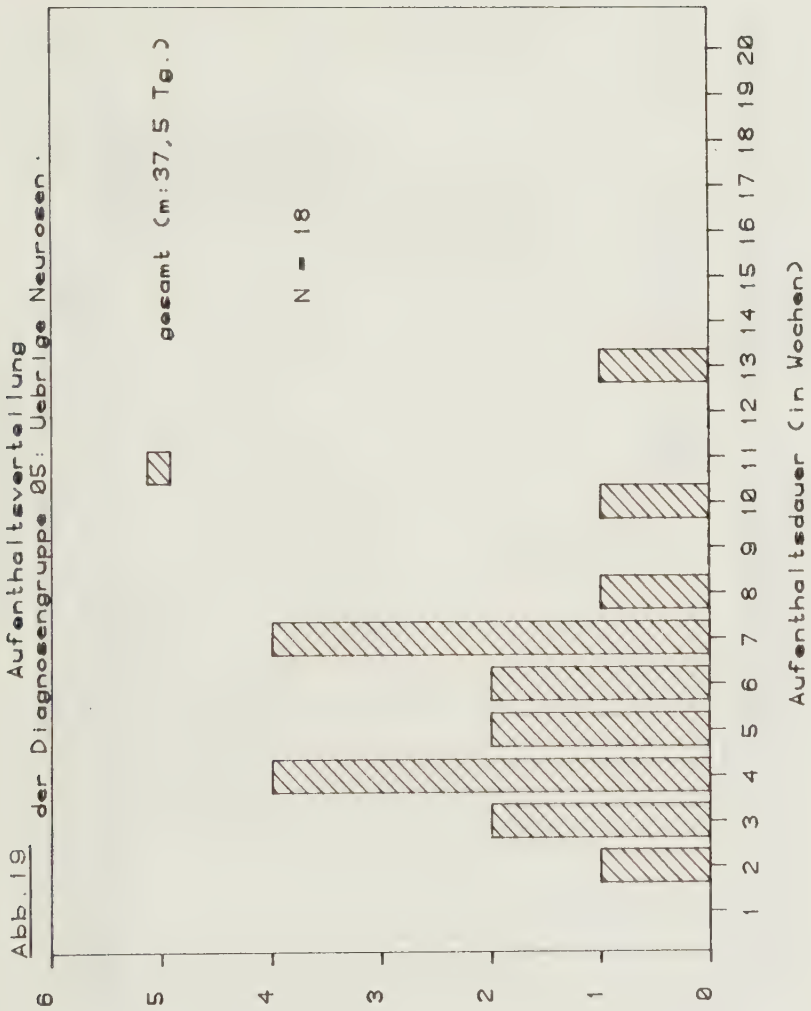
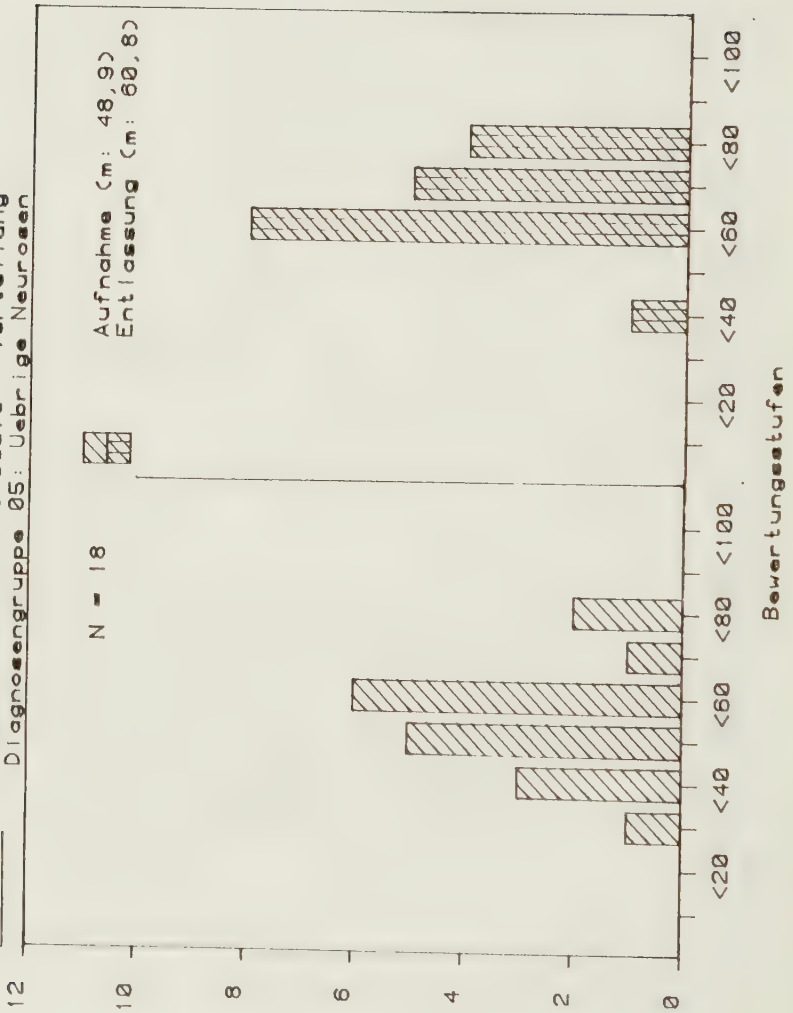


Abb. 20

Global Assessment Scale - Verteilung
Diagnosegruppe 05: Uebrige Neurosen



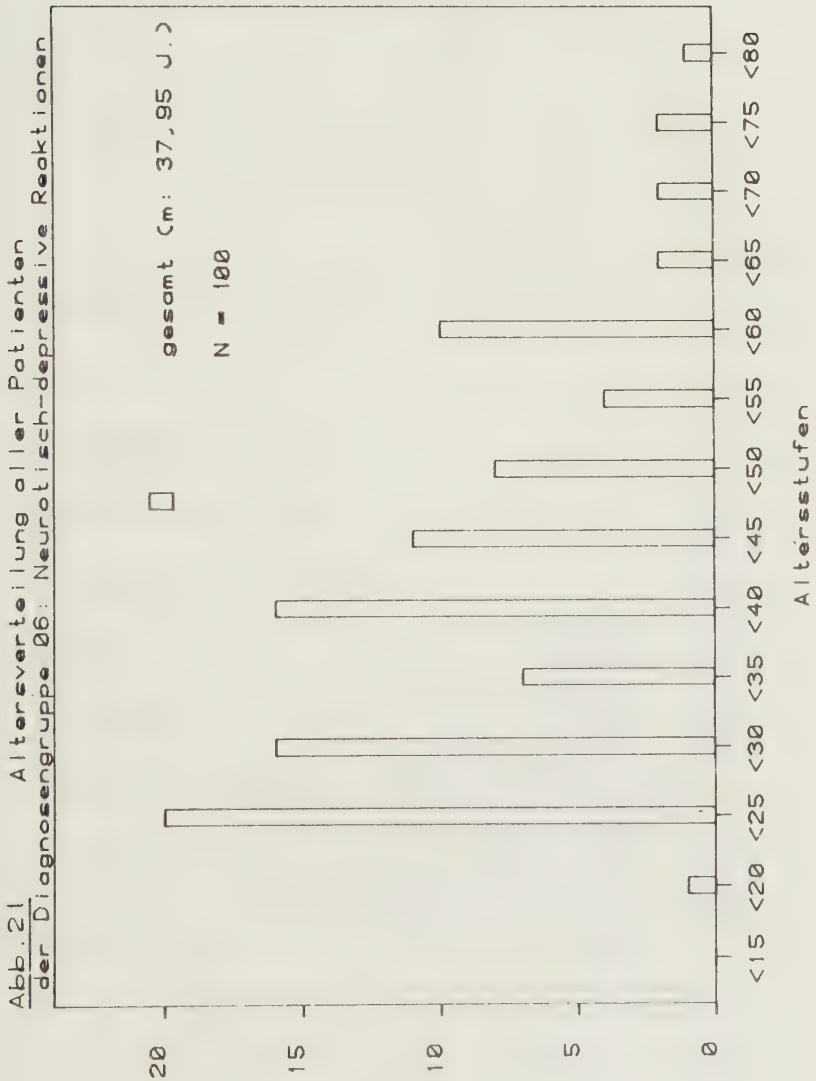


Abb. 22 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht
der Diagnosegruppe 06: Neurotisch-depressive Reaktionen

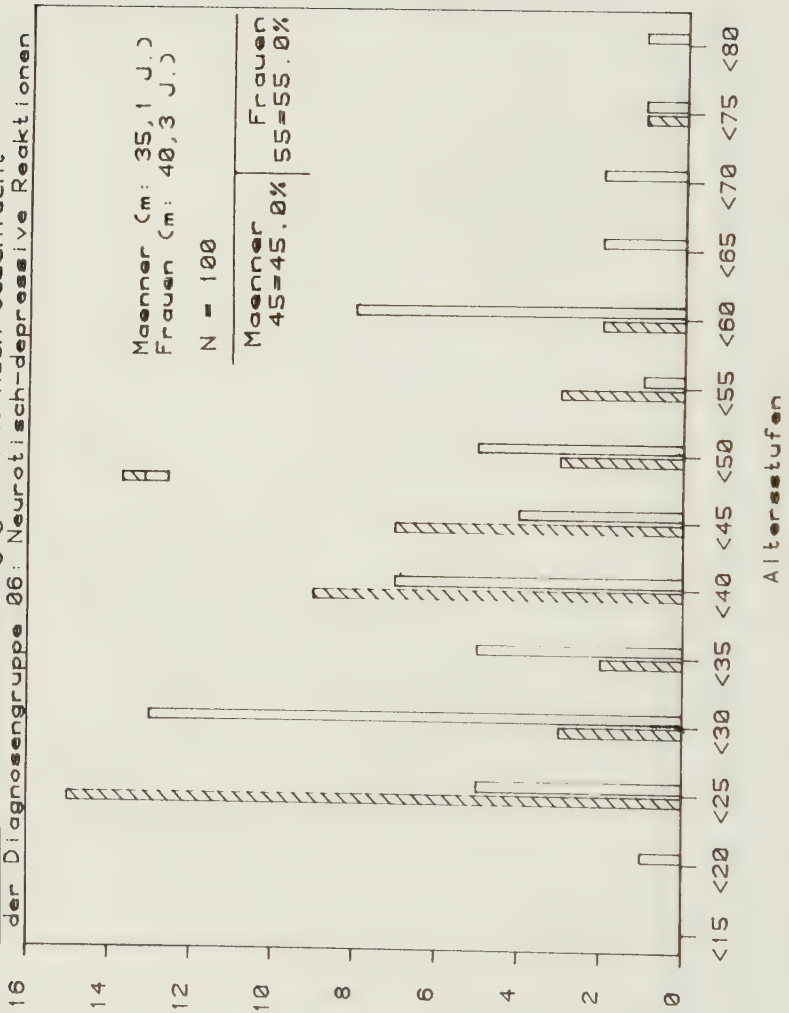
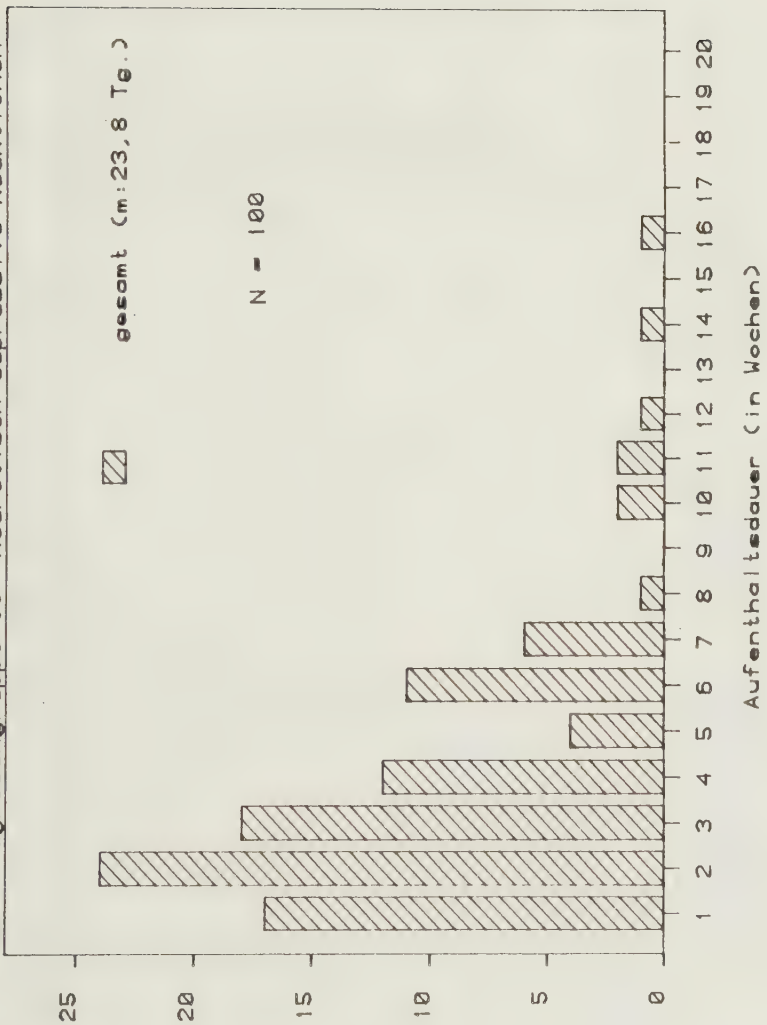
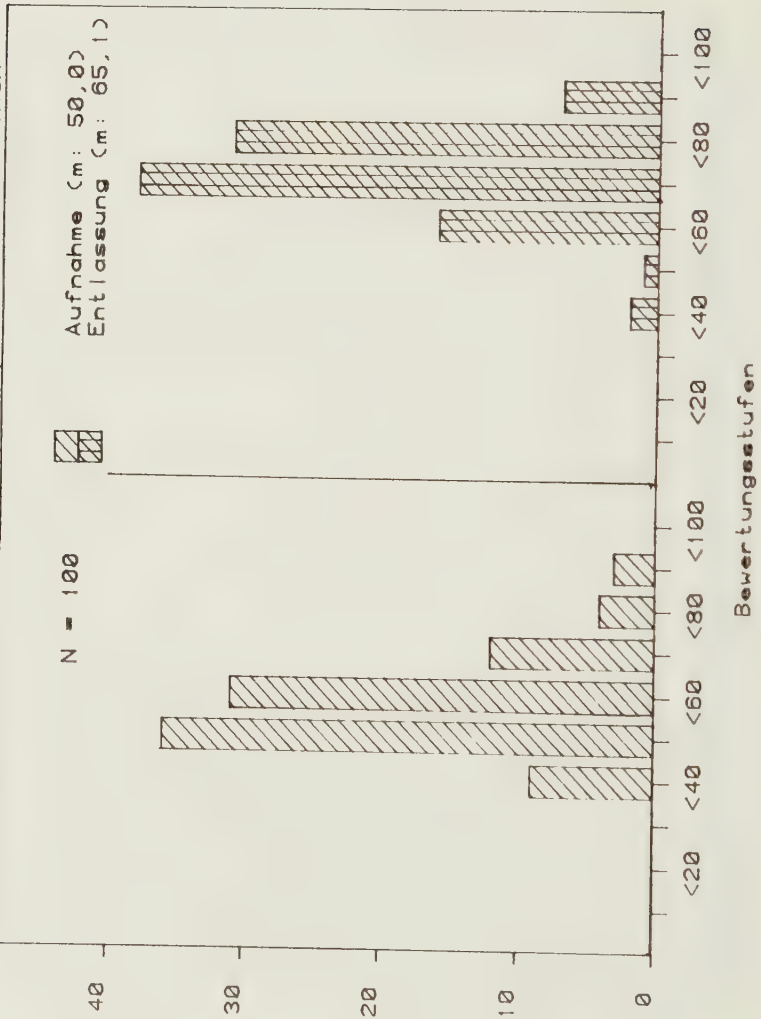


Abb. 23 Aufenthaltverteilung
der Diagnosegruppe 06: Neurotisch-depressive Reaktionen



P o f f e r t e n o r f -

Abb. 24 Global Assessment Scale - Verteilung
Diagnosengruppe 06: Neurotisch-depressive Reaktionen



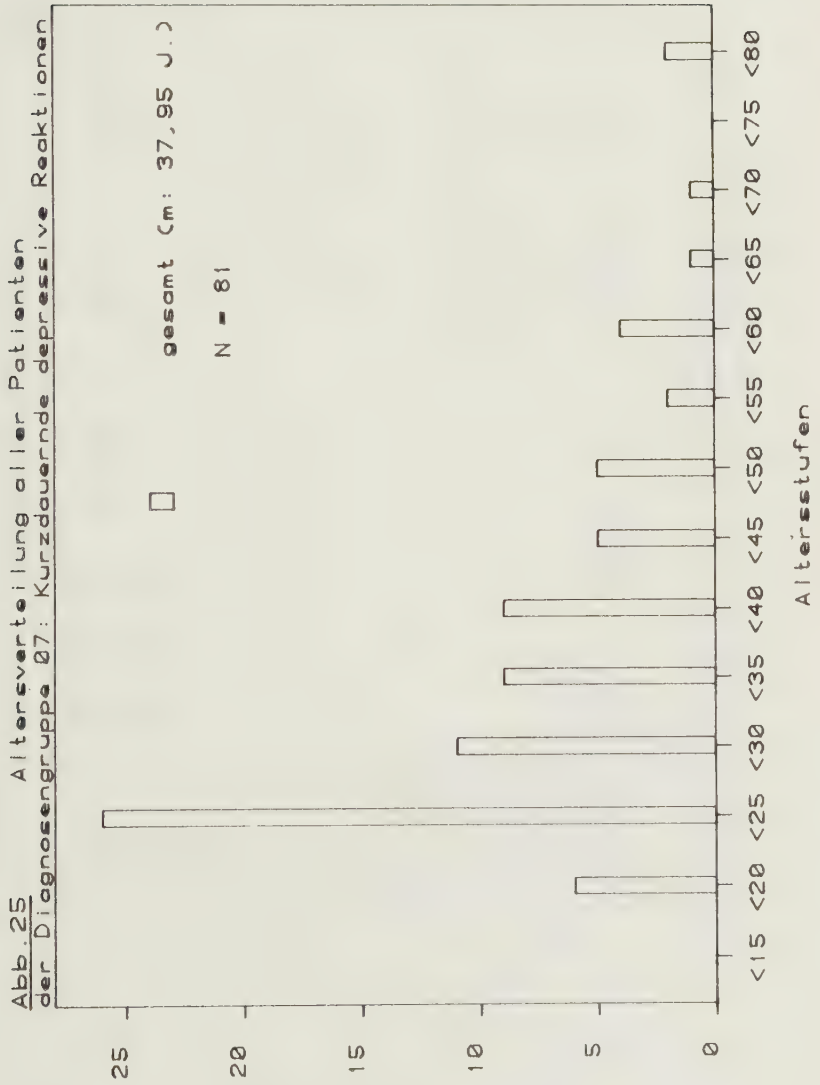
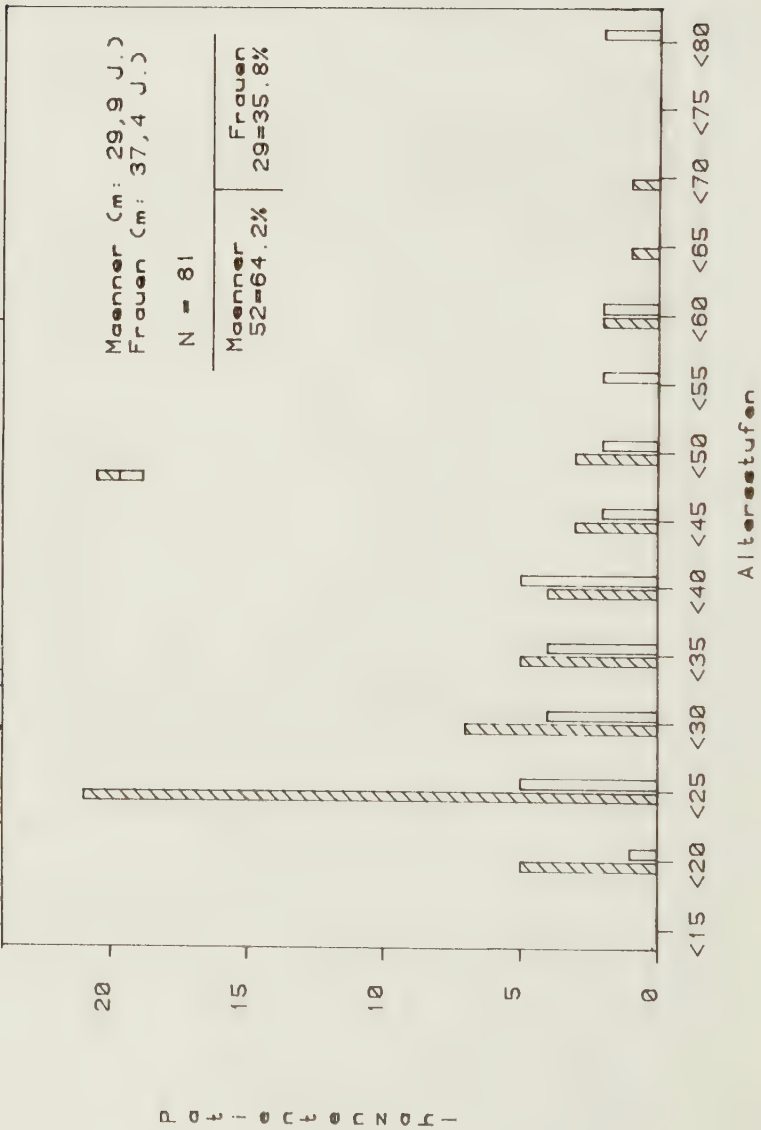


Abb. 26 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht der Diagnosegruppe 07: Kurzdauernde depressive Reaktionen



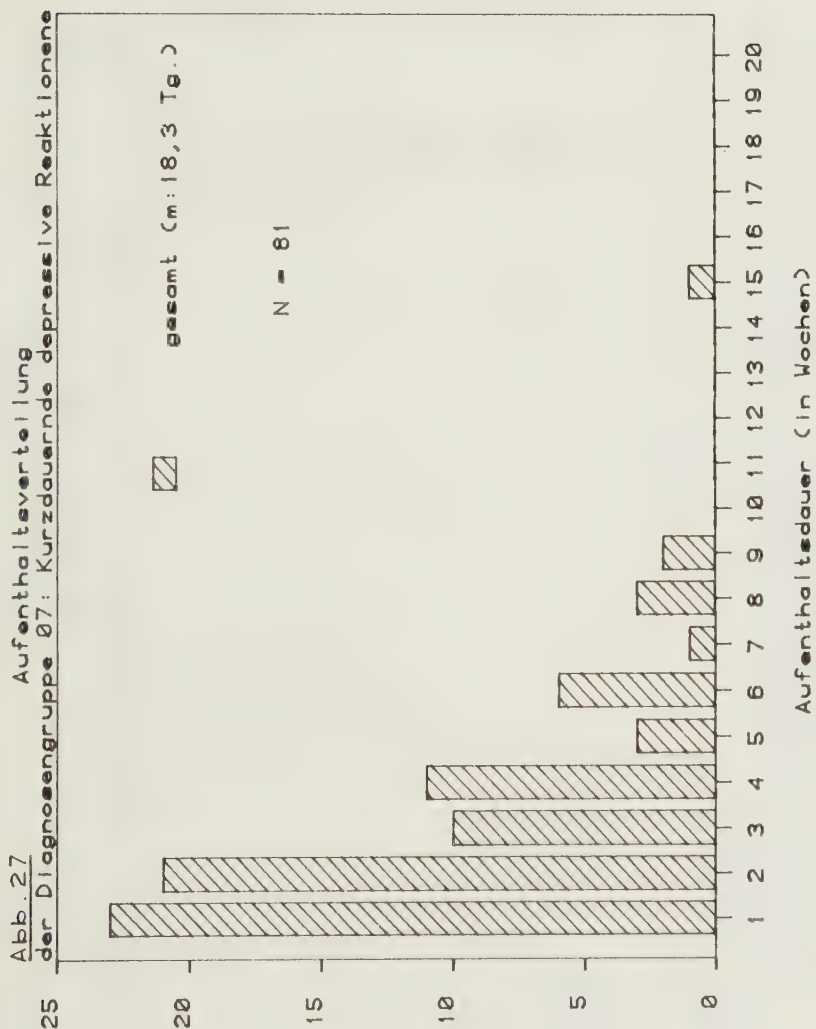
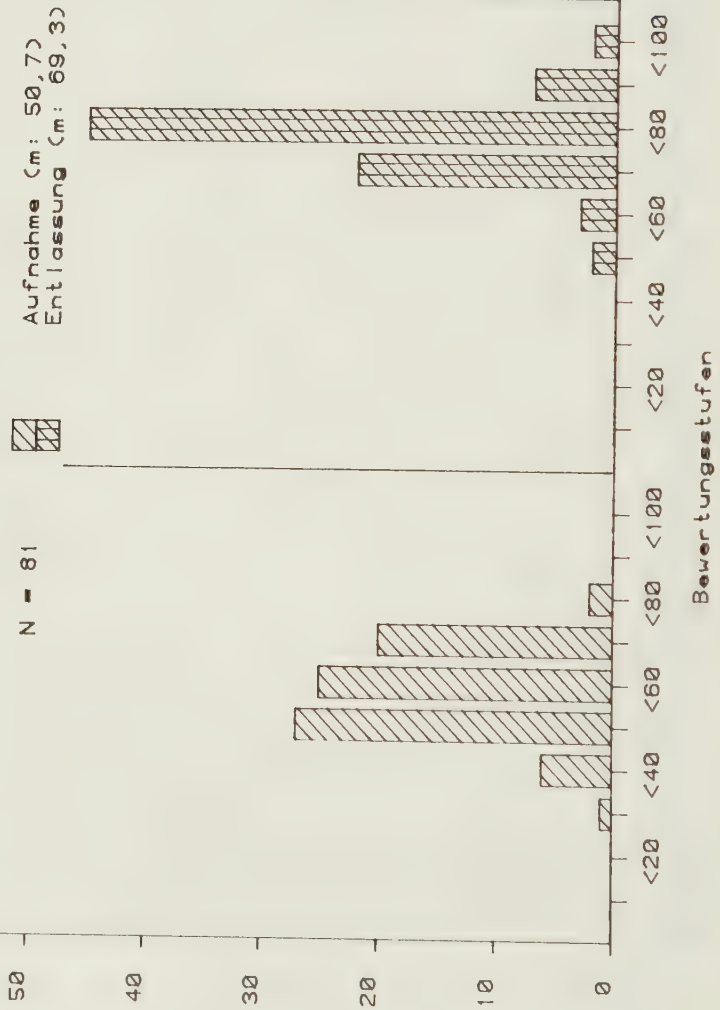


Abb. 28 Global Assessment Scale - Verteilung
Diagnosegruppe 27: Kurzdauernde depressive Reaktionen



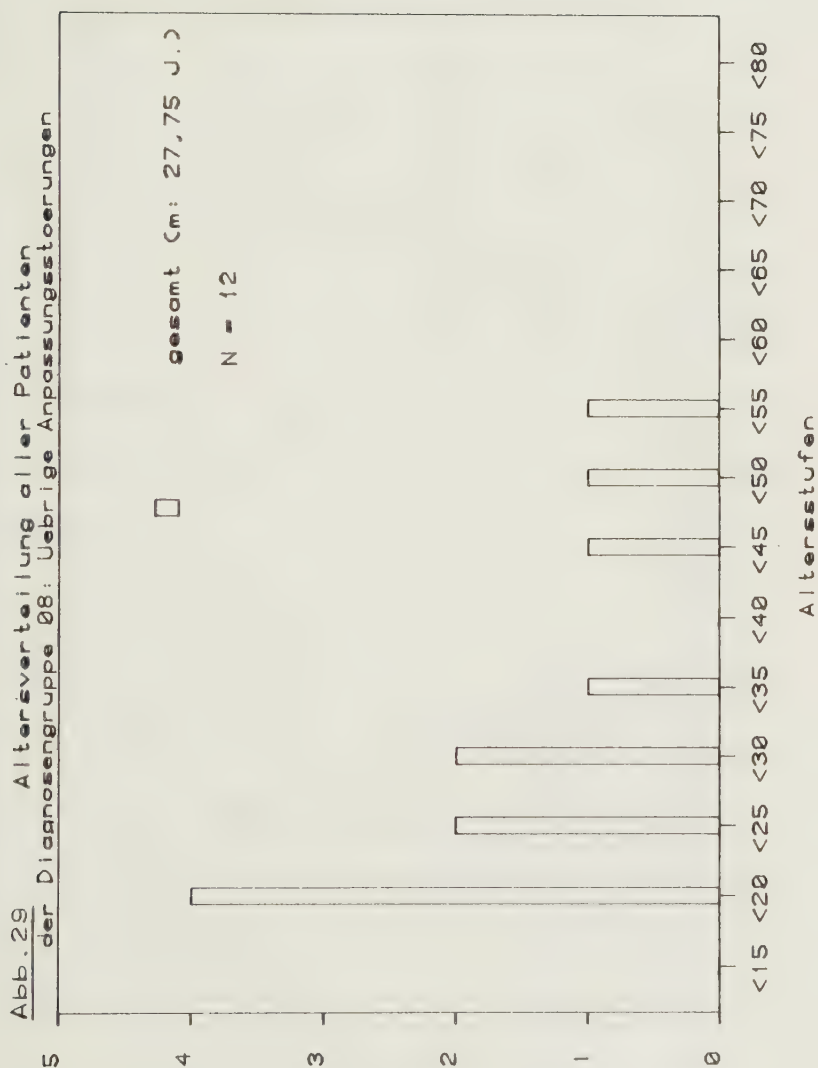


Abb. 30 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht
der Diagnosegruppe 08: Uebrige Anpassungsstörungen

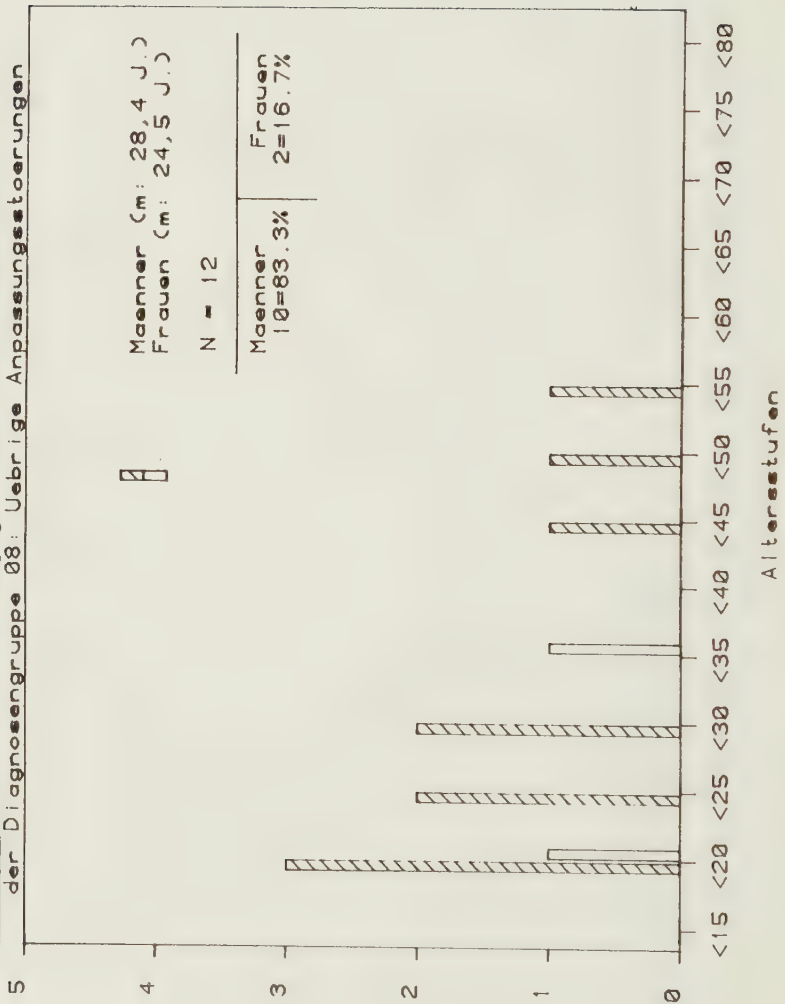


Abb. 31 Aufenthaltverteilung
der Diagnosegruppe 08: Uebrige Anpassungsstörungen



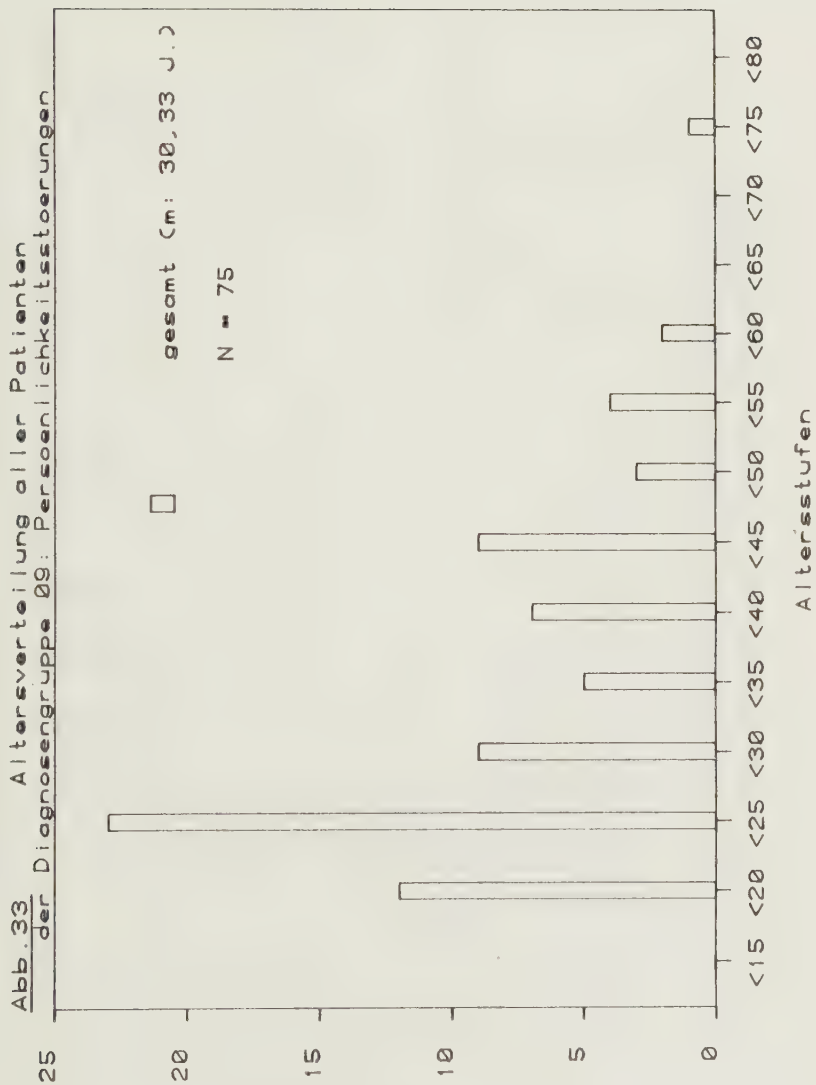
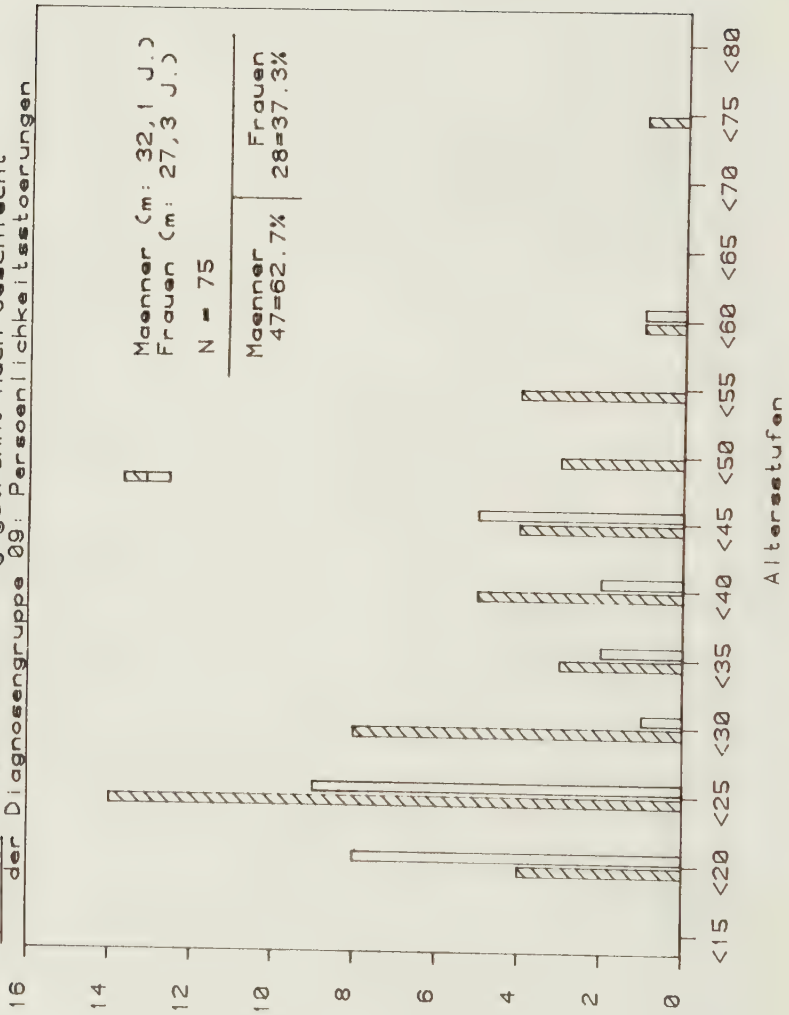


Abb. 34 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht
der Diagnosegruppe 09: Persönlichkeitsstörungen



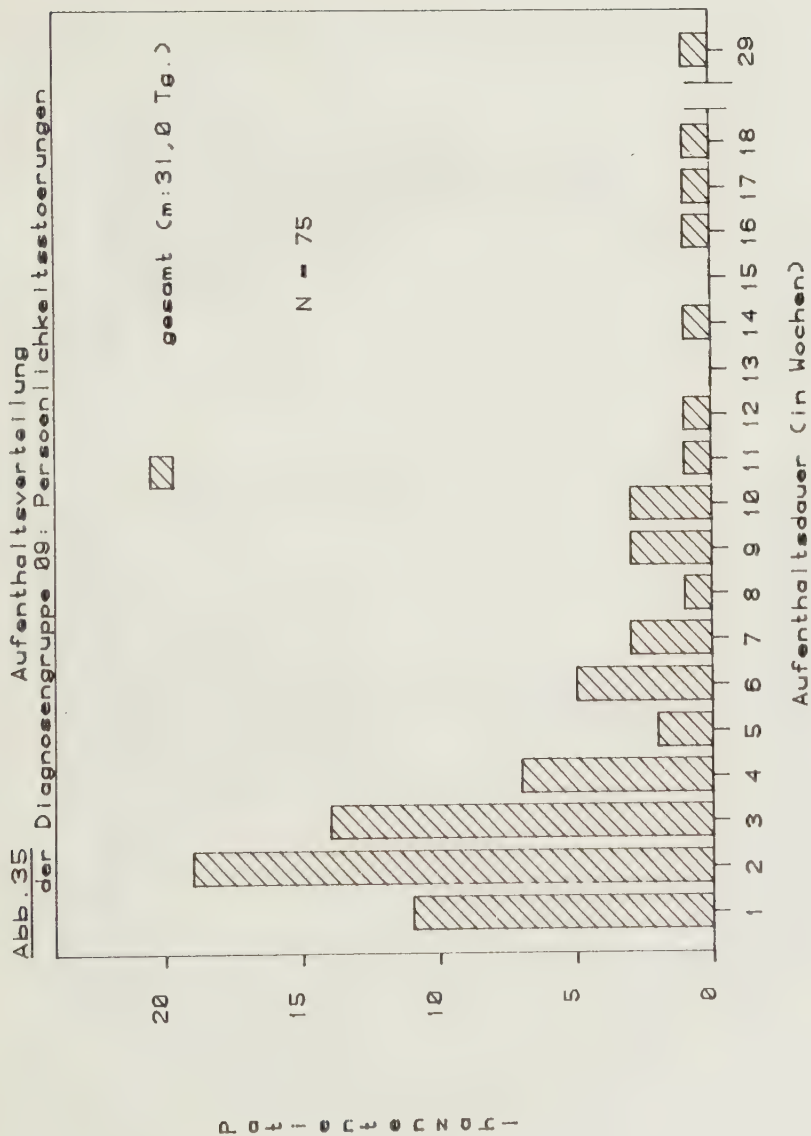
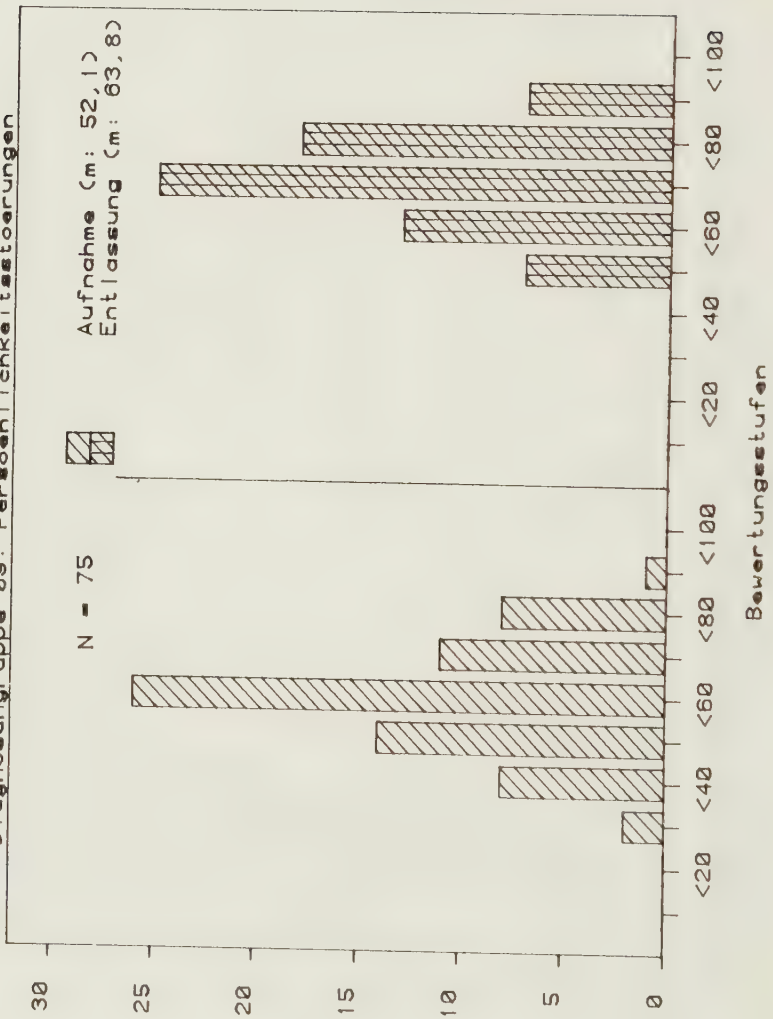


Abb. 36 Global Assessment Scale - Verteilung
Diagnosegruppe 09: Persönlichkeitsstörungen



P o p u l a t i o n

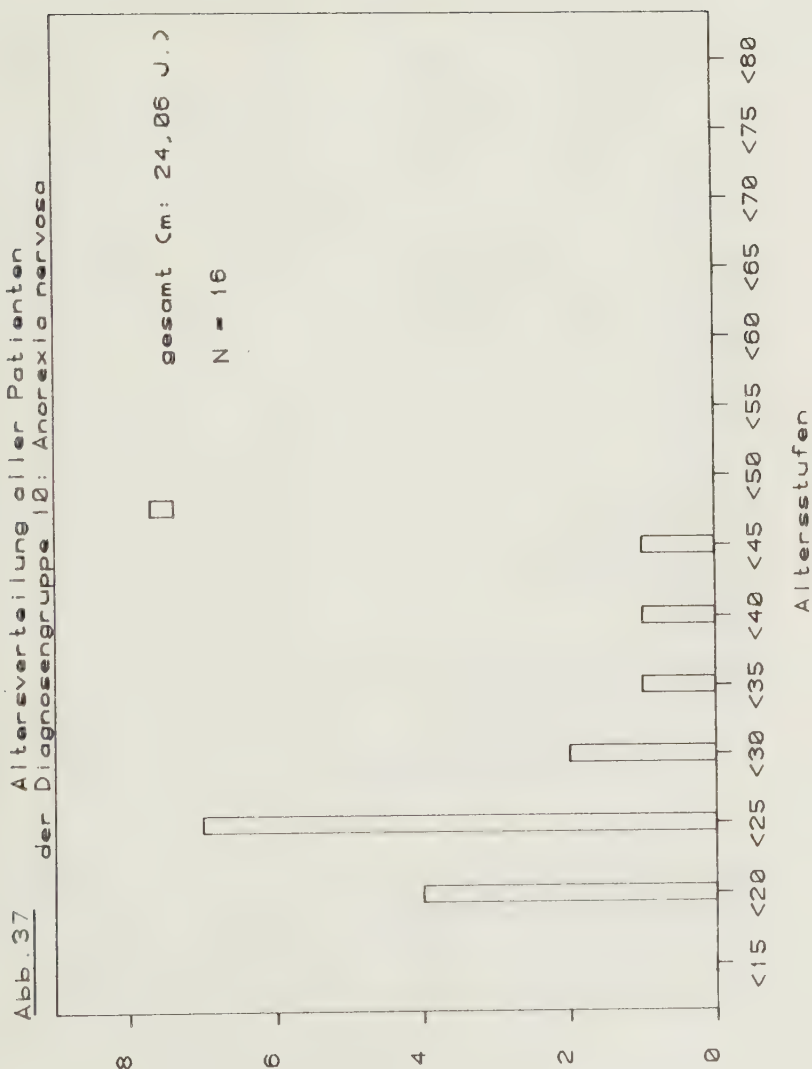
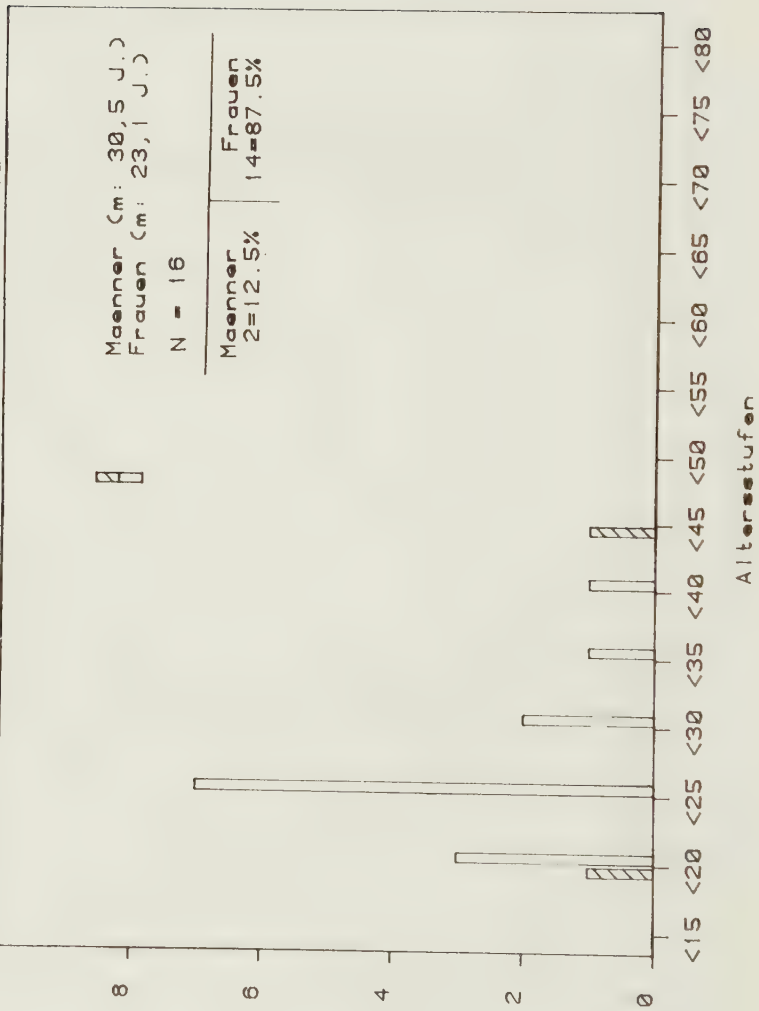
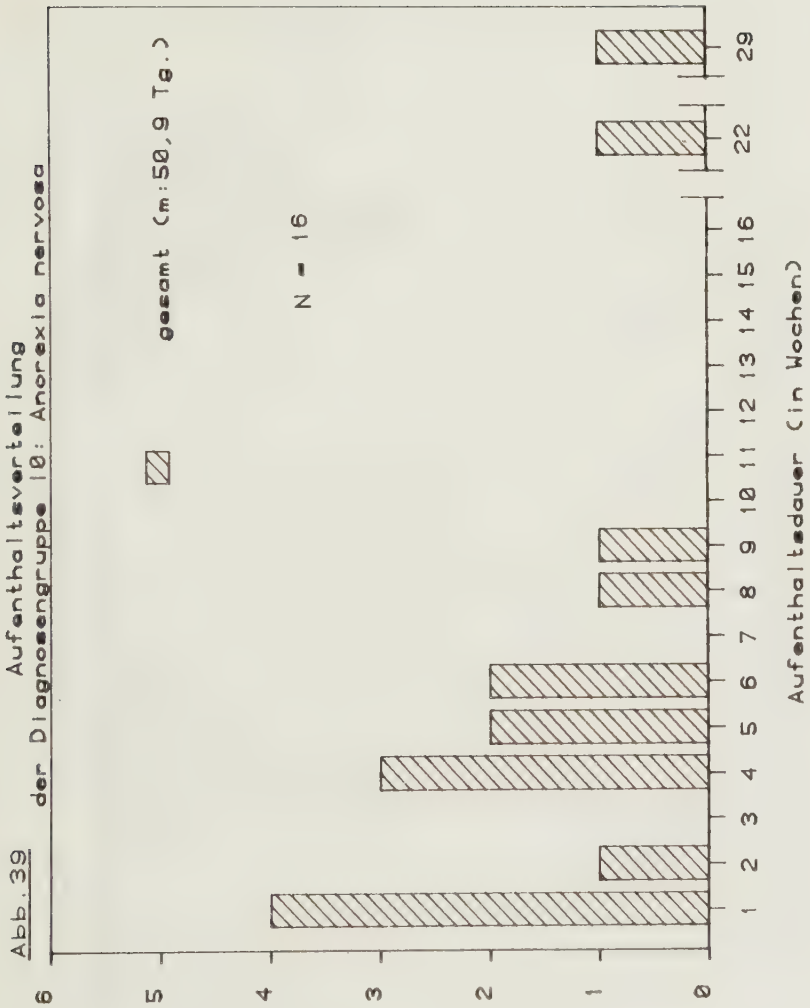
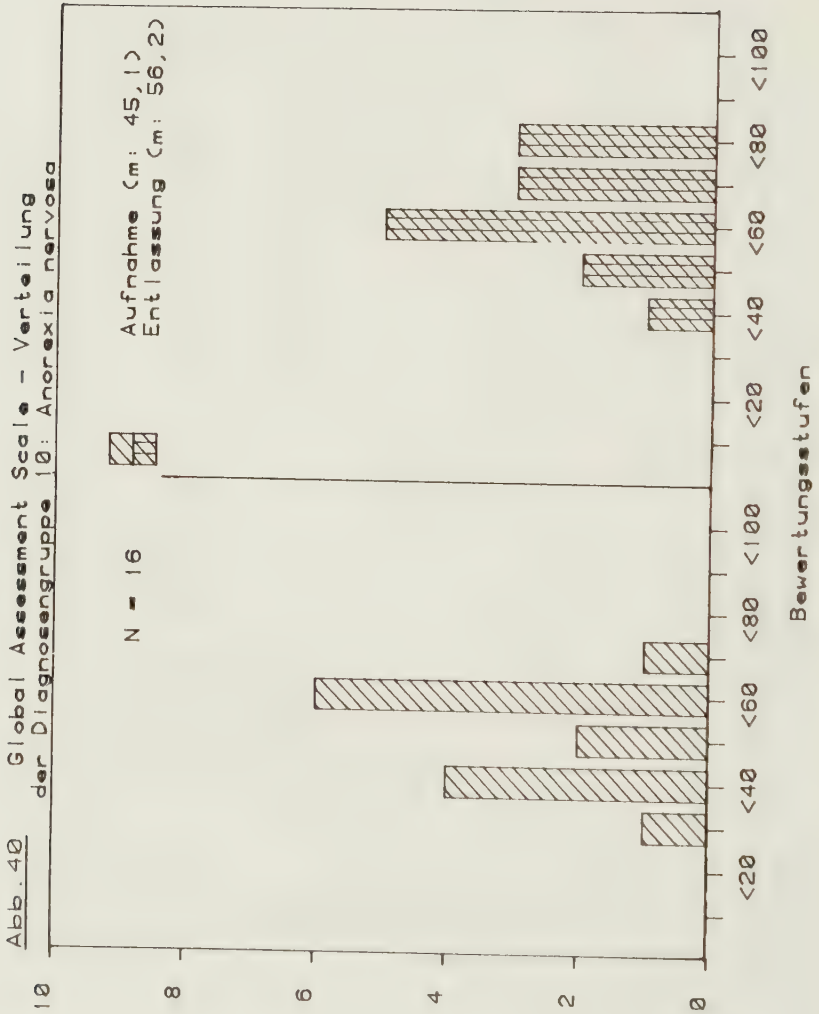


Abb. 38 Alterverteilung getrennt nach Geschlecht
der Diagnosegruppe 10: Anorexia nervosa







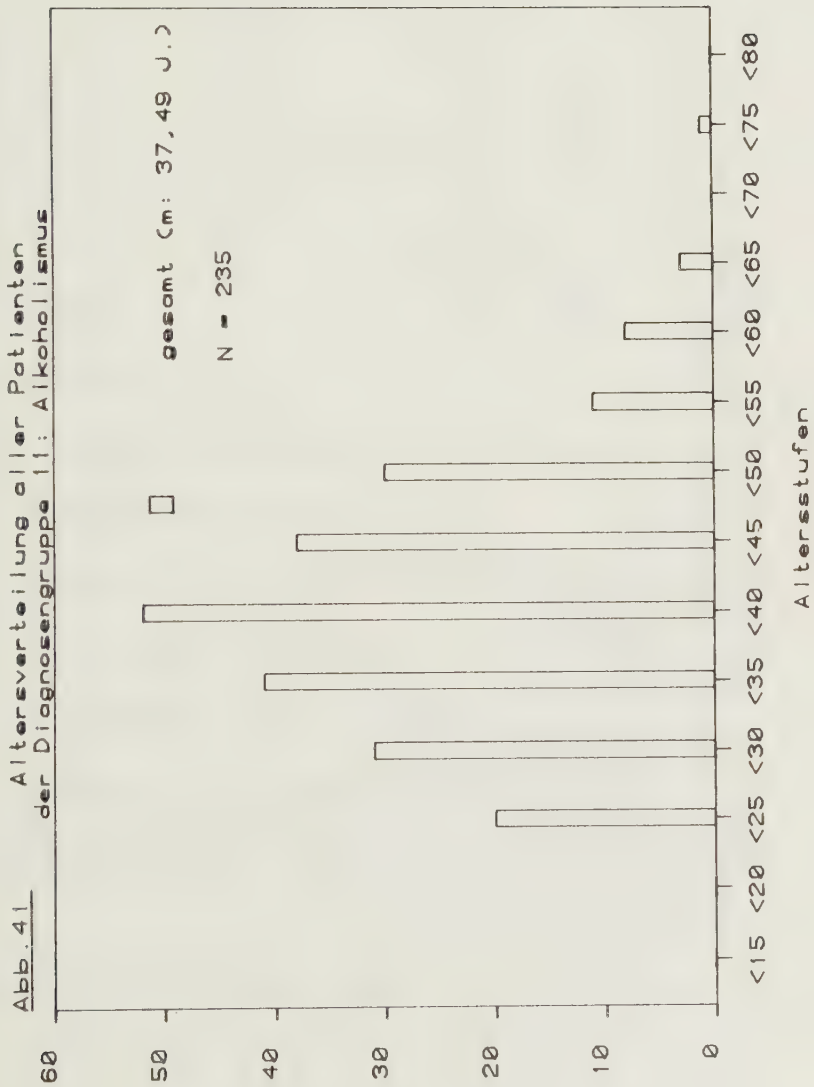
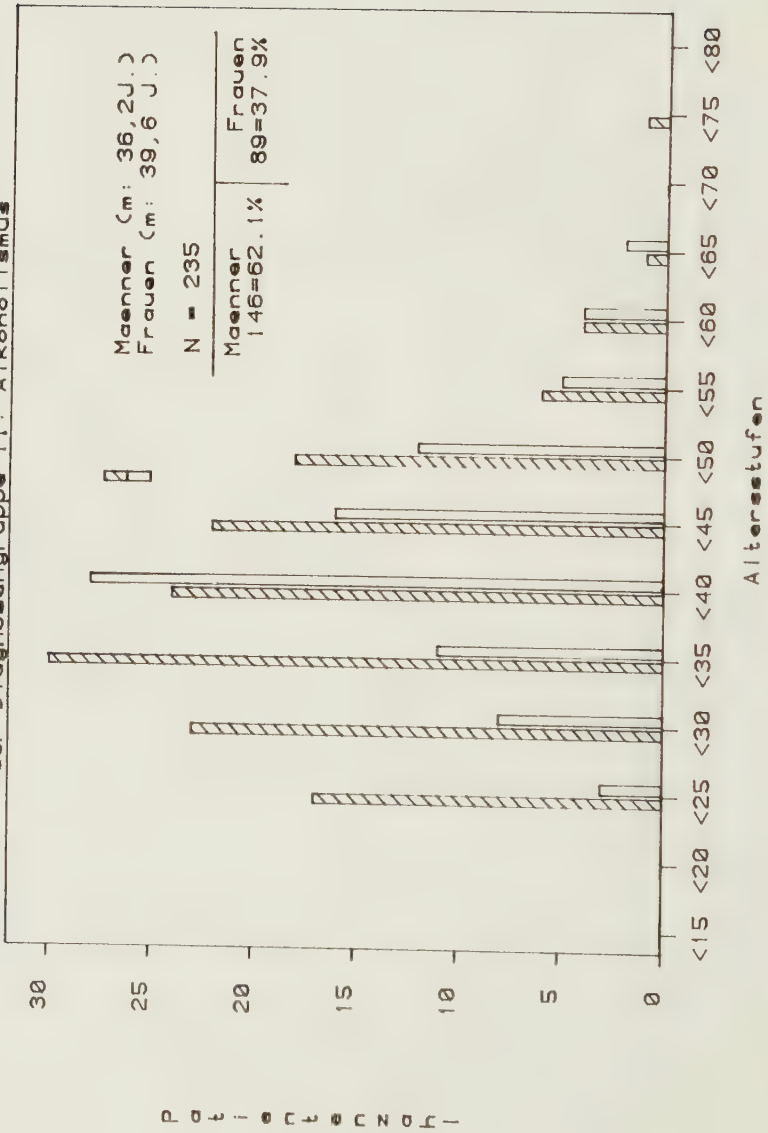
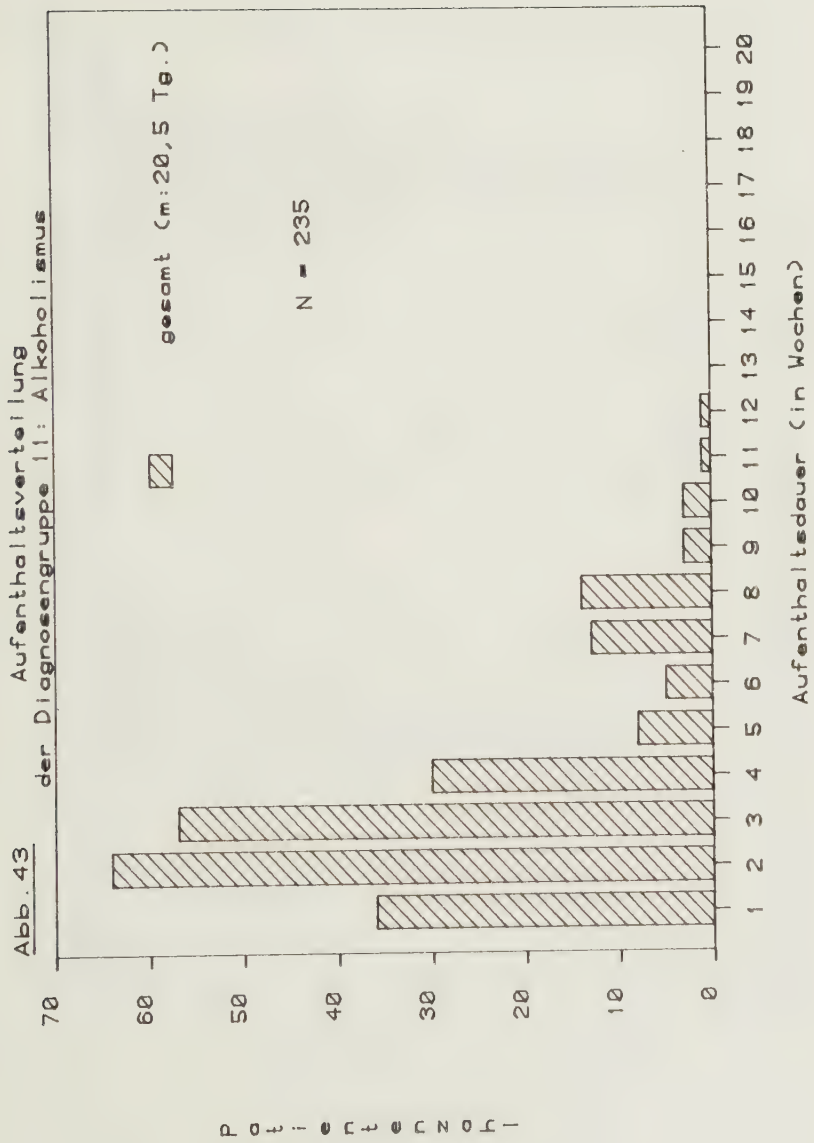


Abb. 42 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht
der Diagnosegruppe 11: Alkoholismus





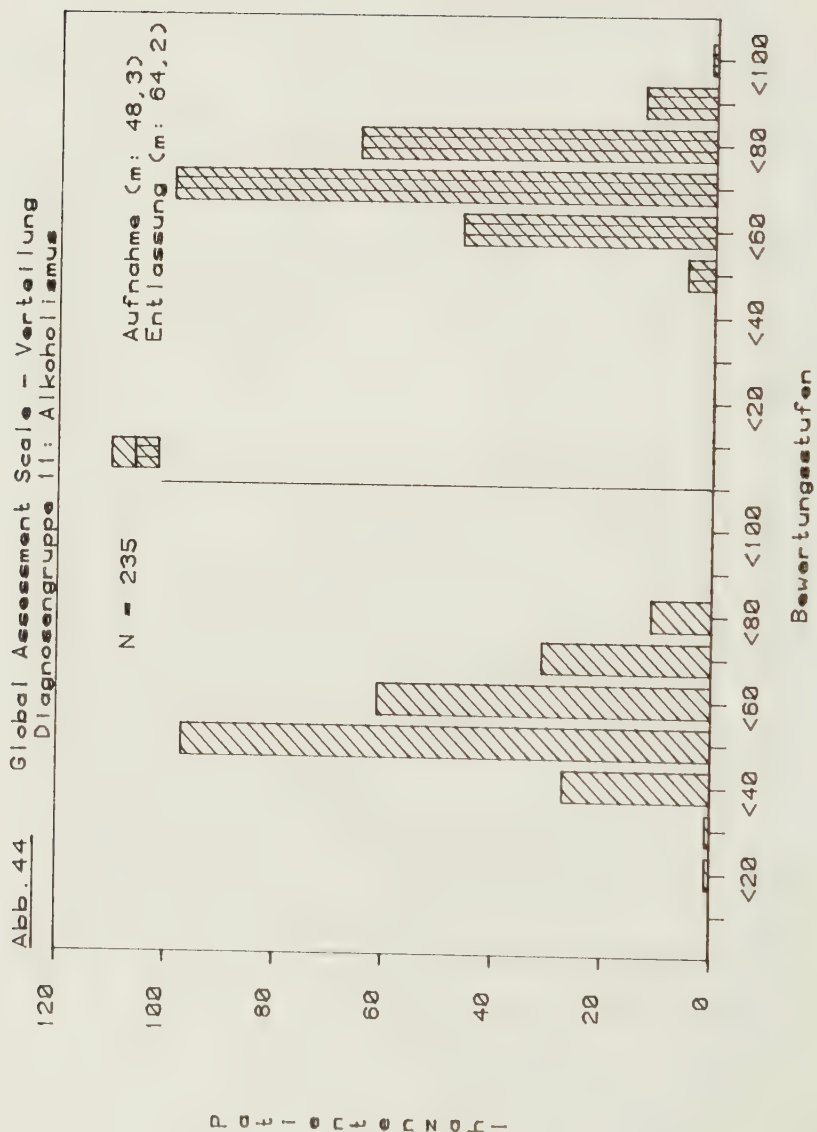
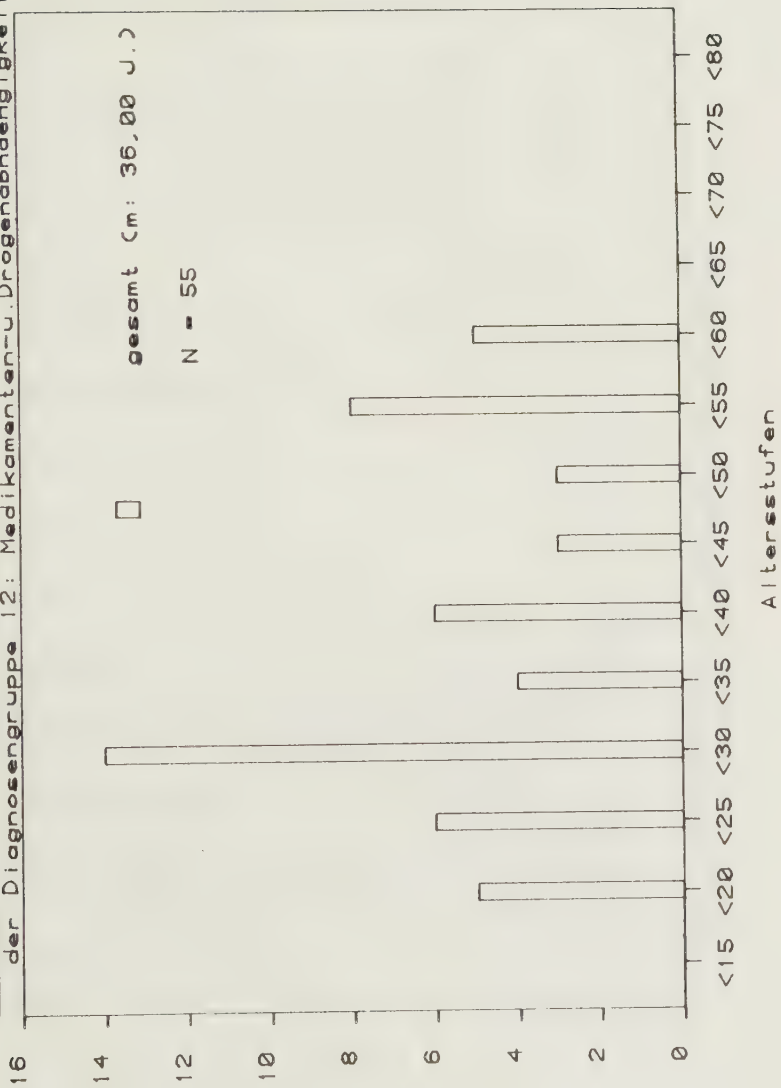


Abb. 45 Altersverteilung aller Patienten
der Diagnosegruppe 12: Medikamenten- u. Drogenabhängigkeit



P a t i e n t e n z a h l -

Abb. 46 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht
der Diagnosegruppe 12: Medikamenten- u. Drogenabhängigkeit

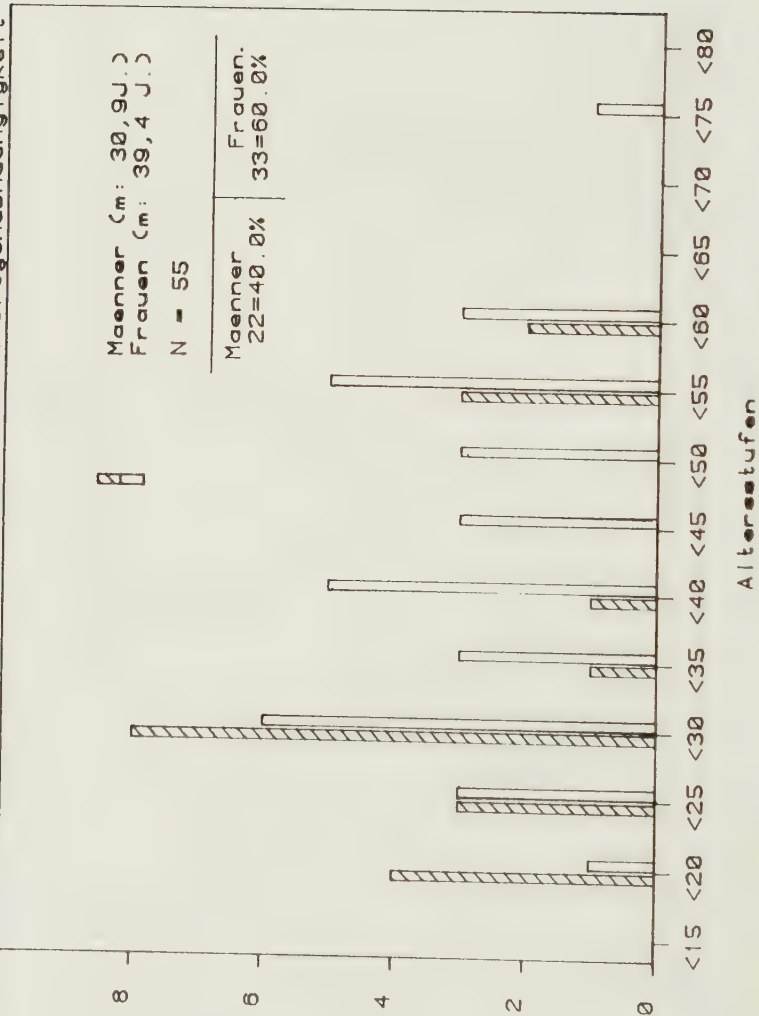
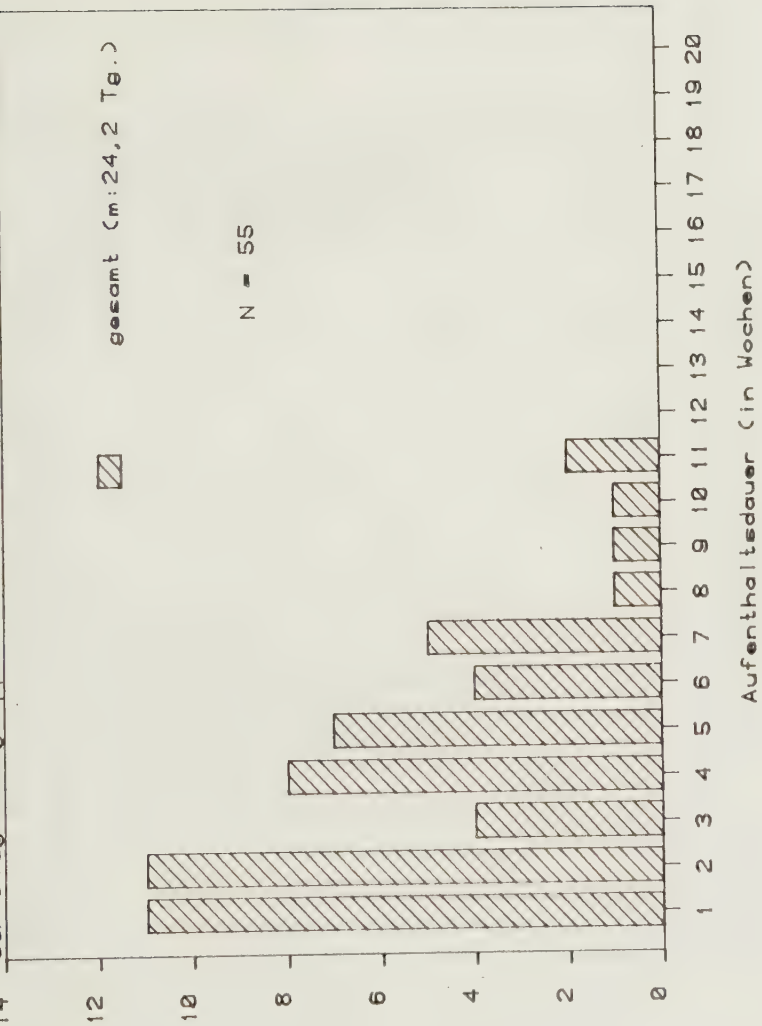
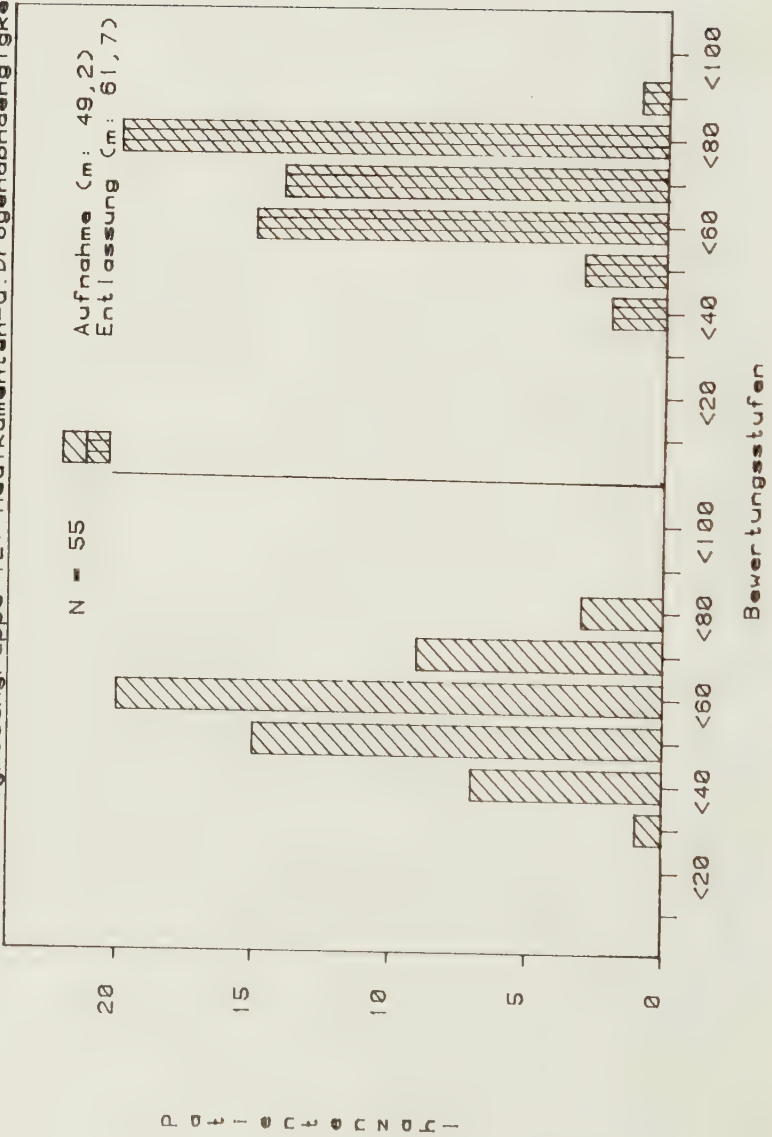


Abb. 47
Aufenthaltsverteilung
der Diagnosegruppe 12: Medikamenten-u. Drogenabhängigkeit



Prof. Dr. J. J. J. J.

Abb. 48 Global Assessment Scale - Verteilung
der Diagnosegruppe 12: Medikamenten- u. Drogenabhängigkeit



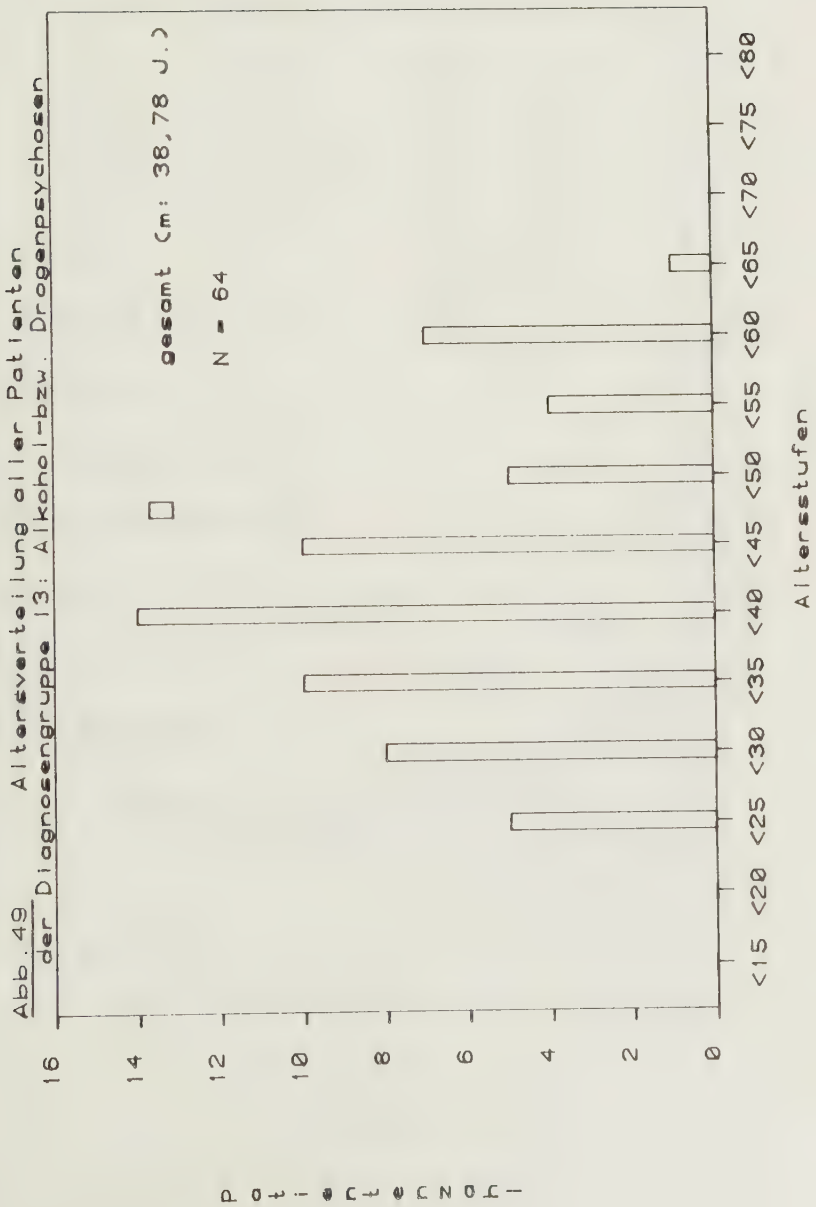
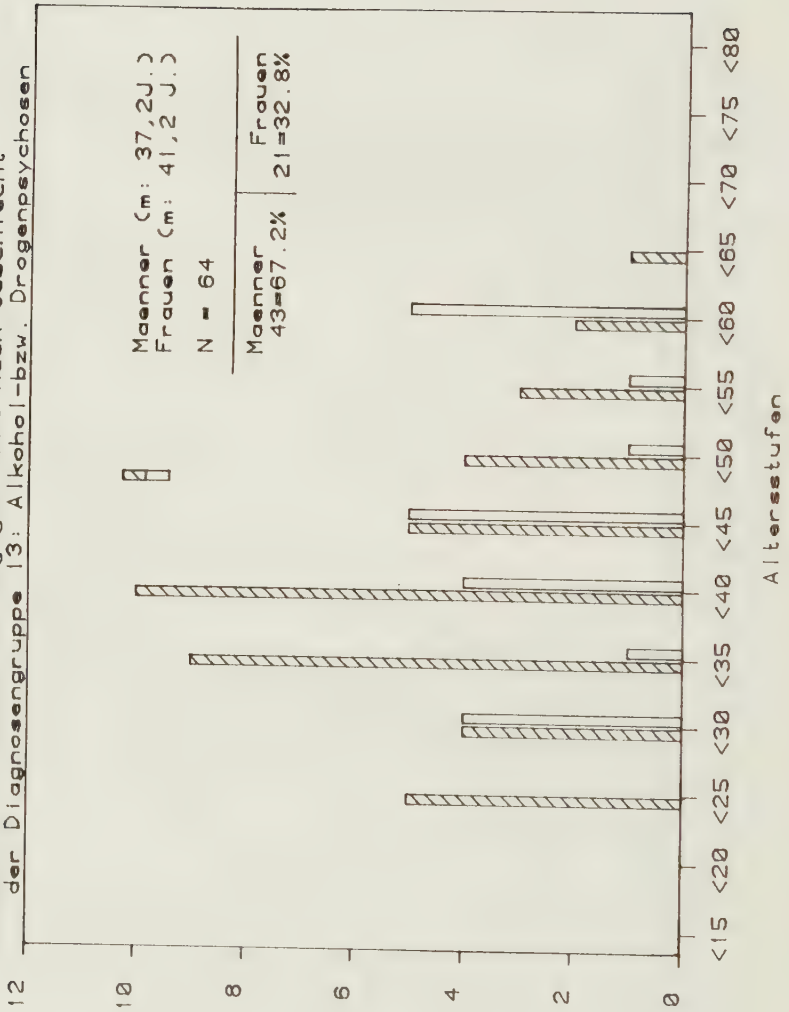


Abb. 50 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht
der Diagnosegruppe 13: Alkohol- bzw. Drogenpsychosen



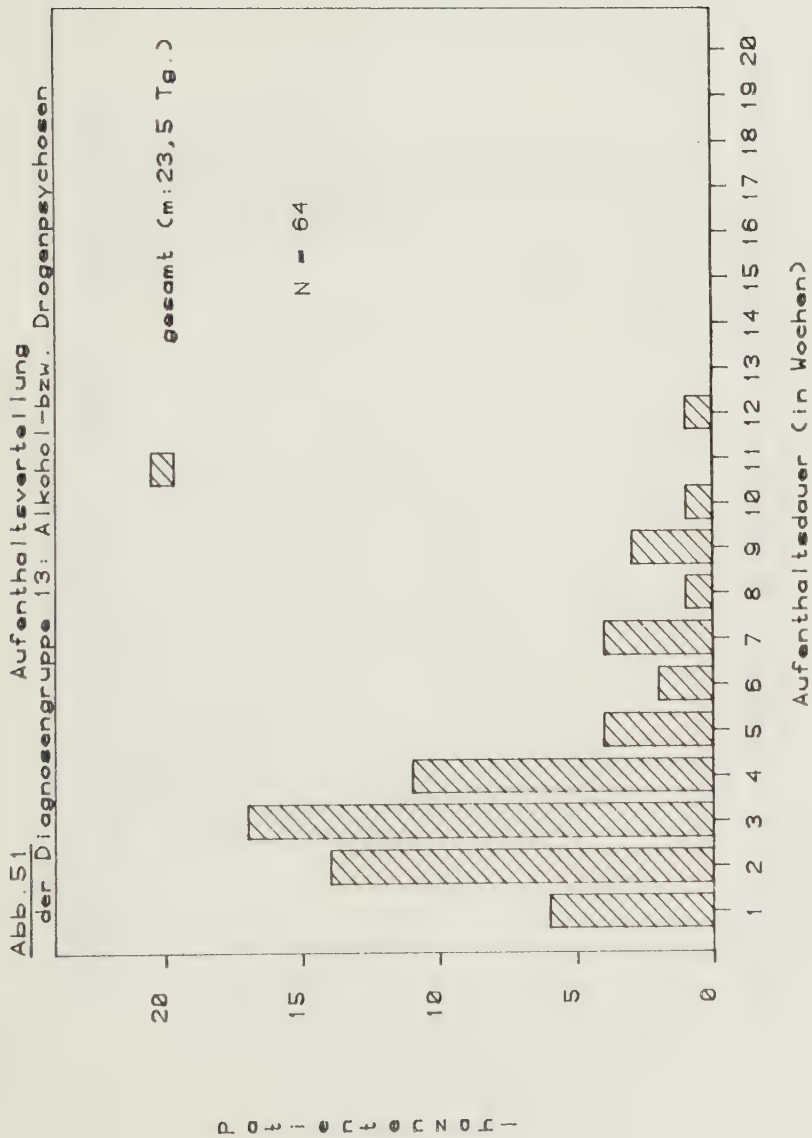
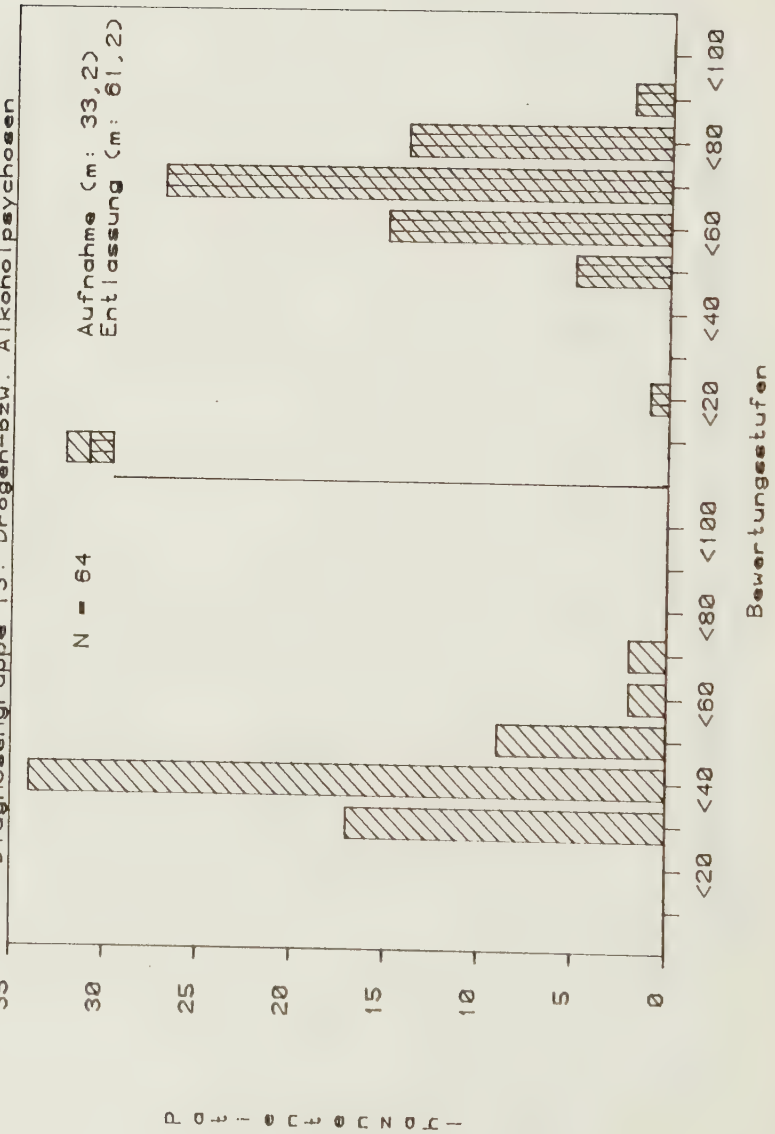


Abb. 52 Global Assessment Scale - Verteilung
Diagnosegruppe 13: Drogen- bzw. Alkoholpsychosen



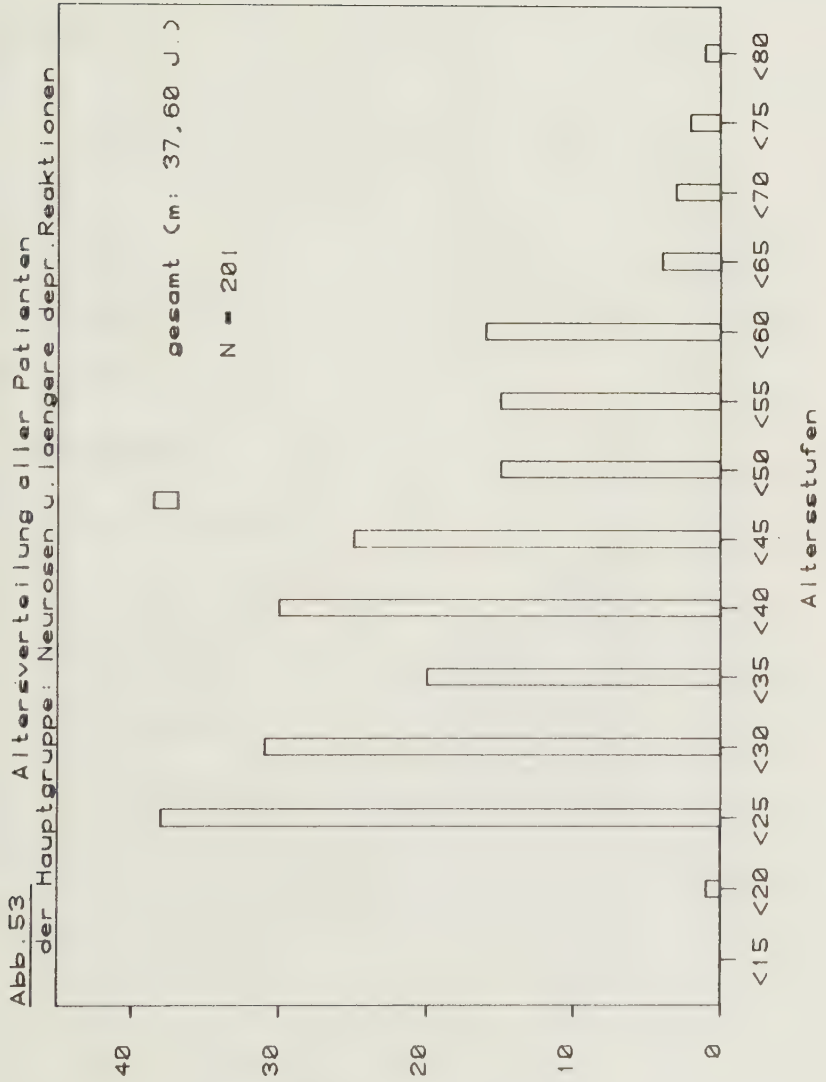
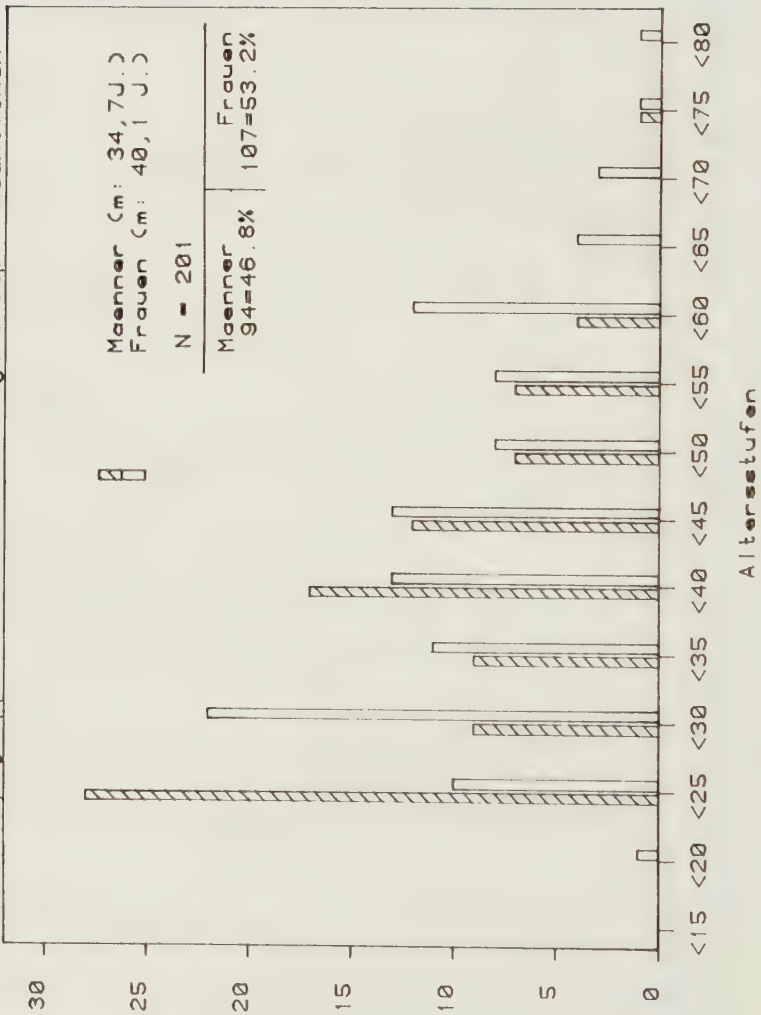


Abb. 54 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht
der Hauptgruppe: Neurosen u. längere depr. Reaktionen



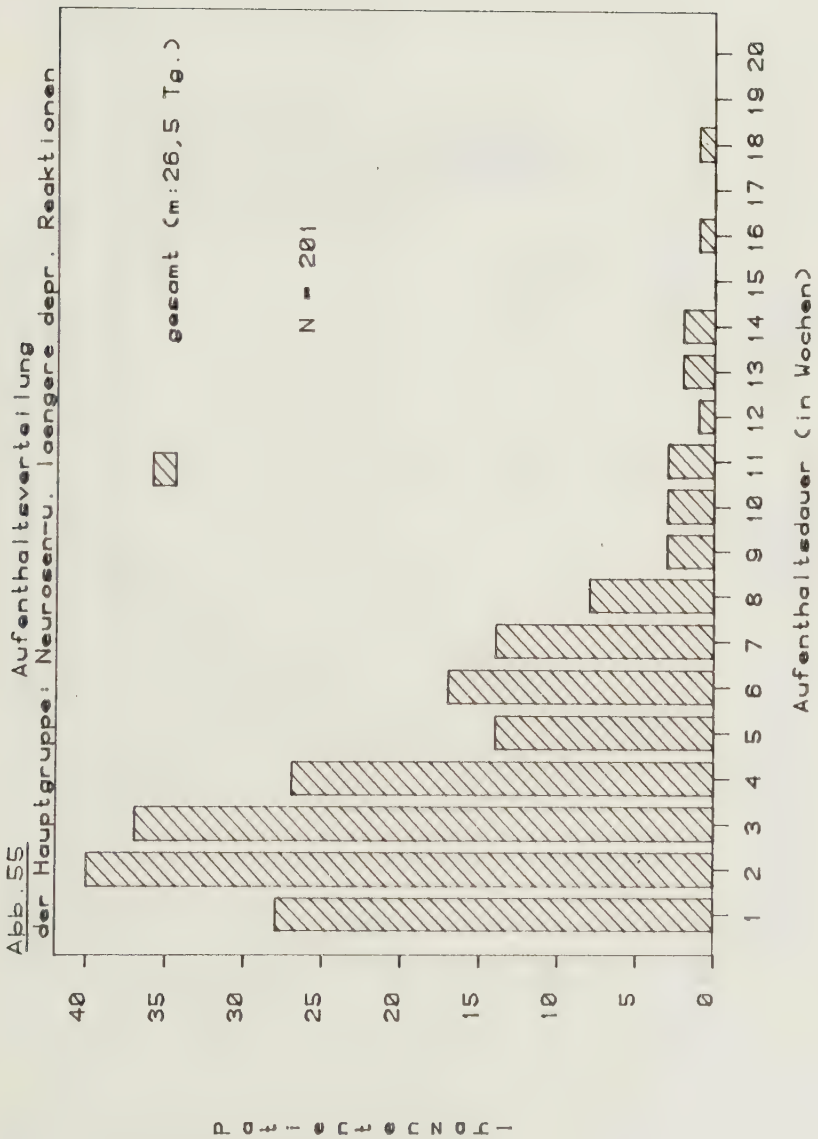


Abb. 56 Global Assessment Scale - Verteilung
der Hauptgruppe: Neurosen u. längere depr. Reaktionen

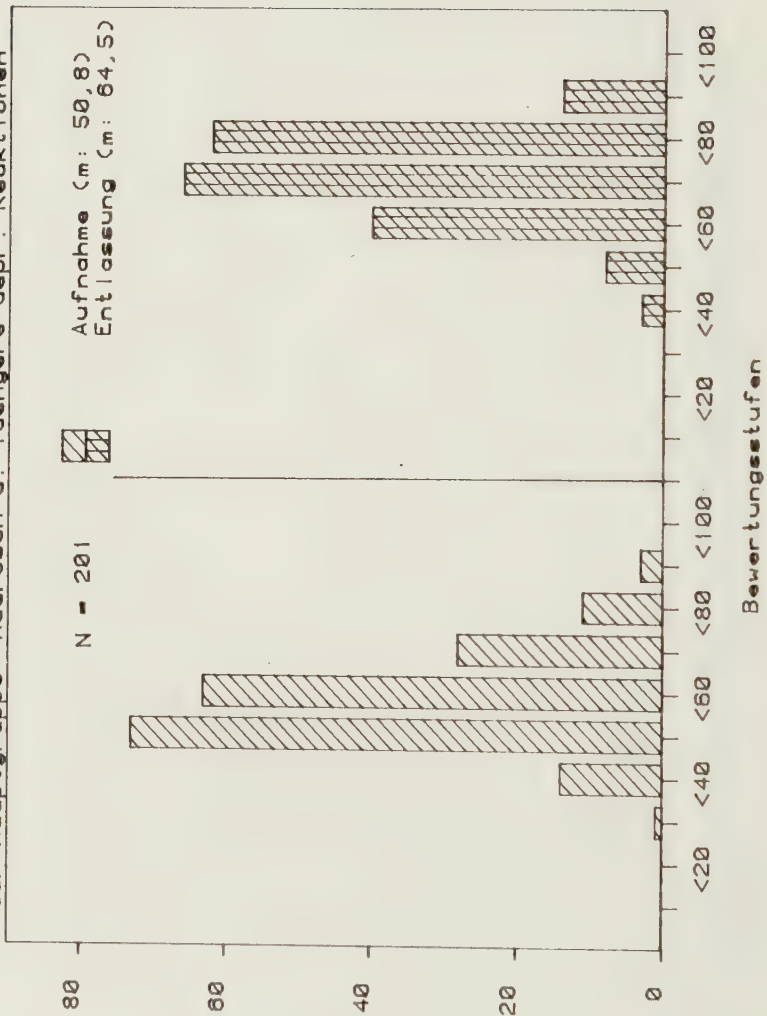


Abb. 57 Altersverteilung aller Patienten
der Hauptgruppe: Psychogene Reaktionen

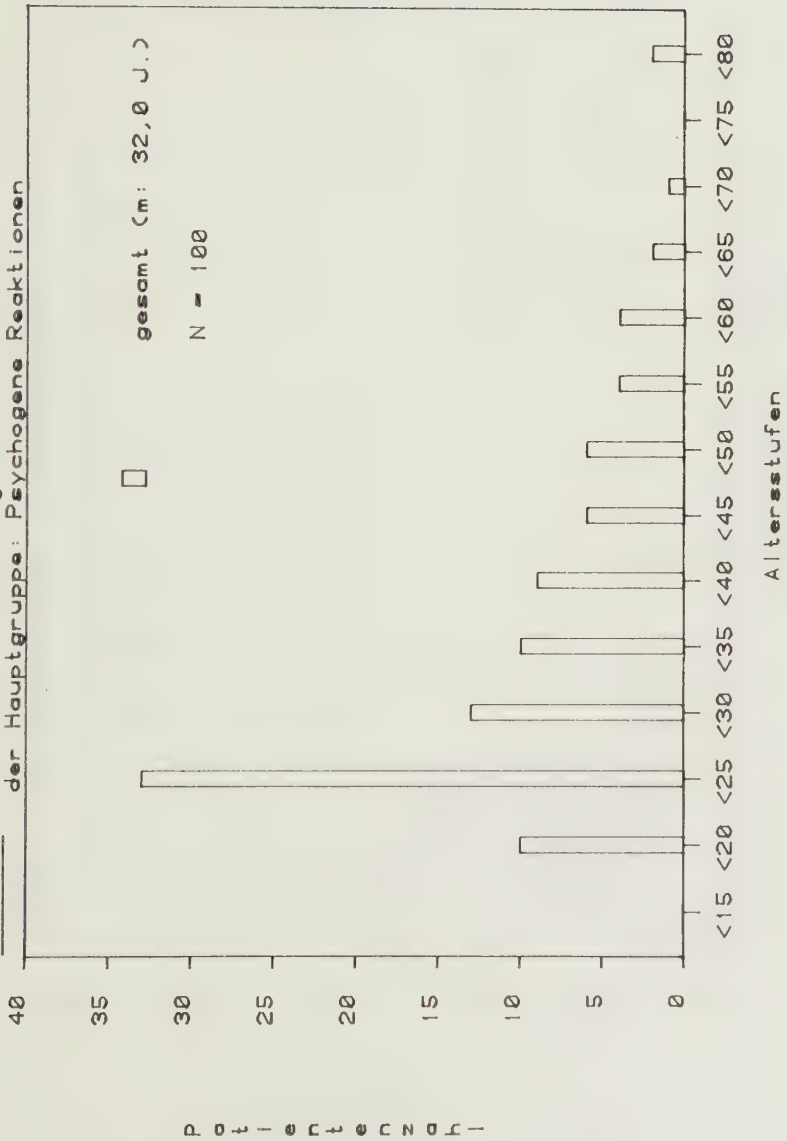
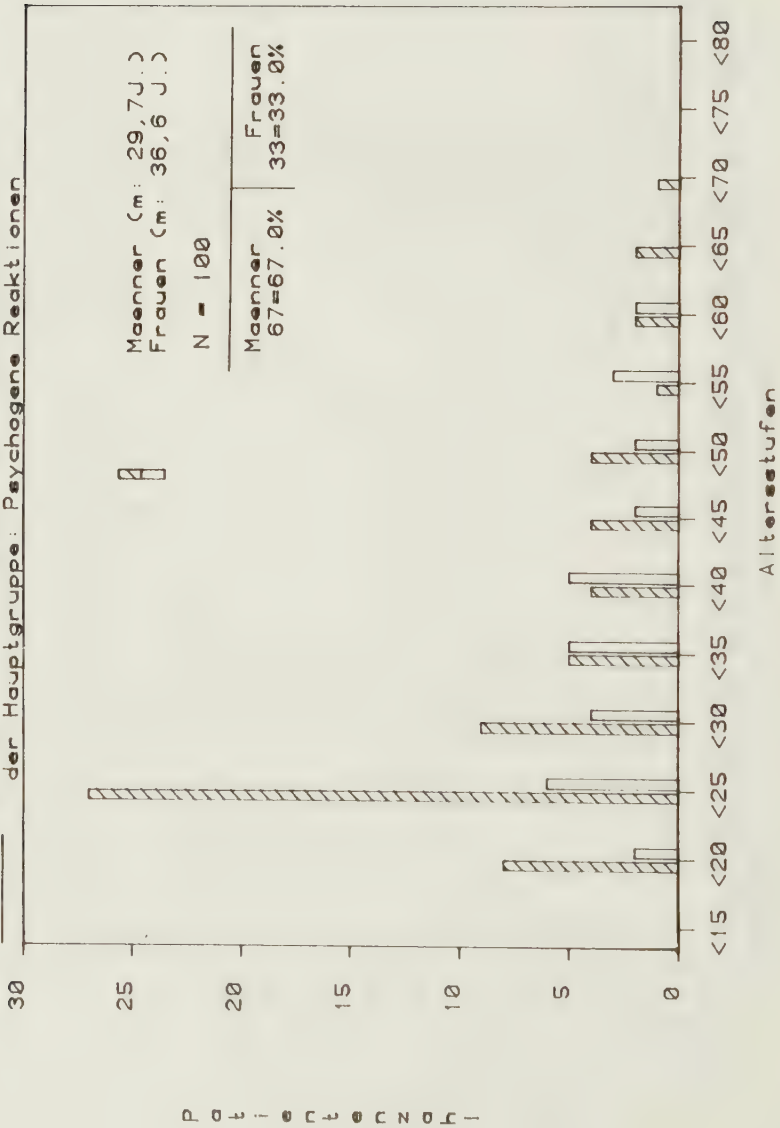
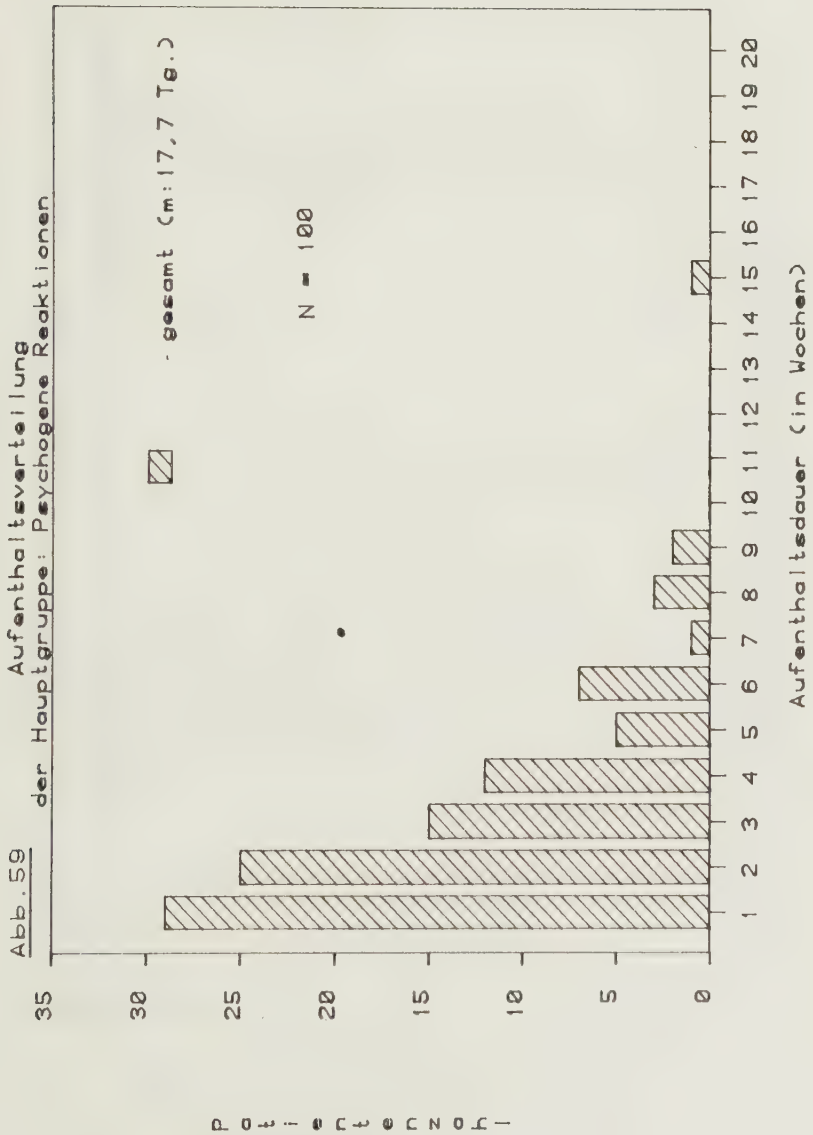
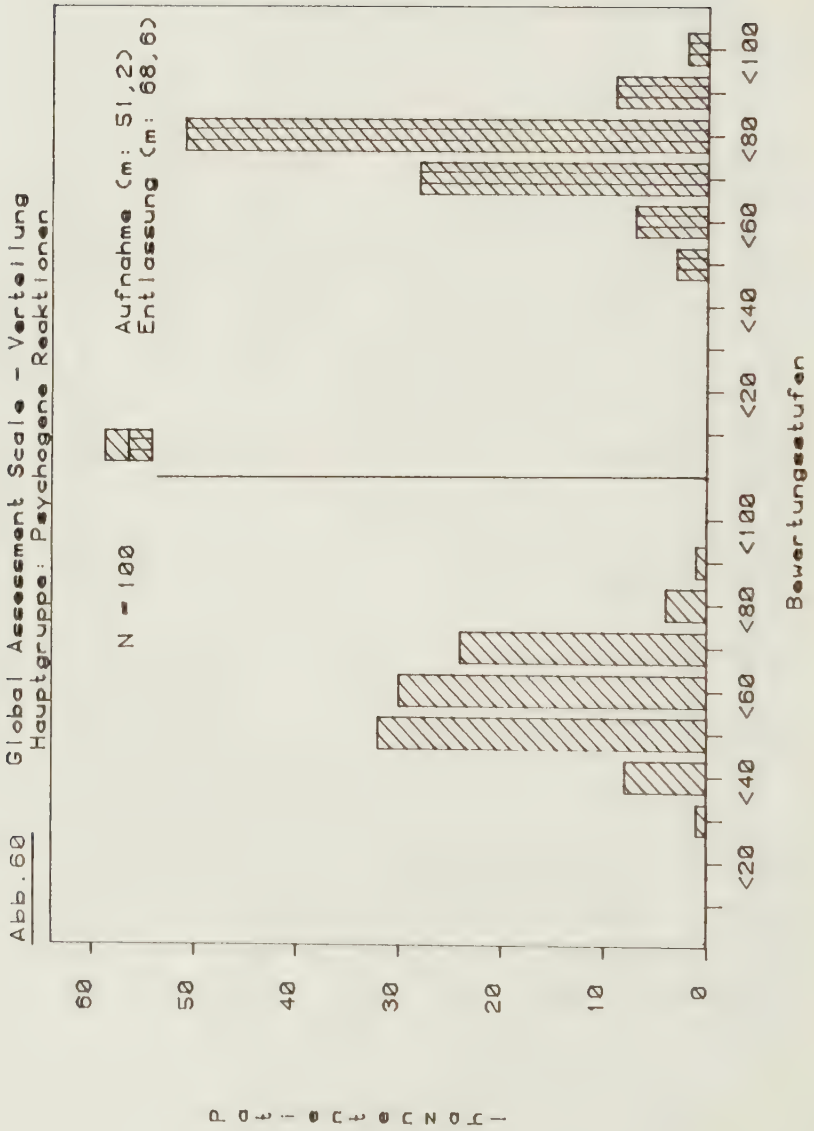
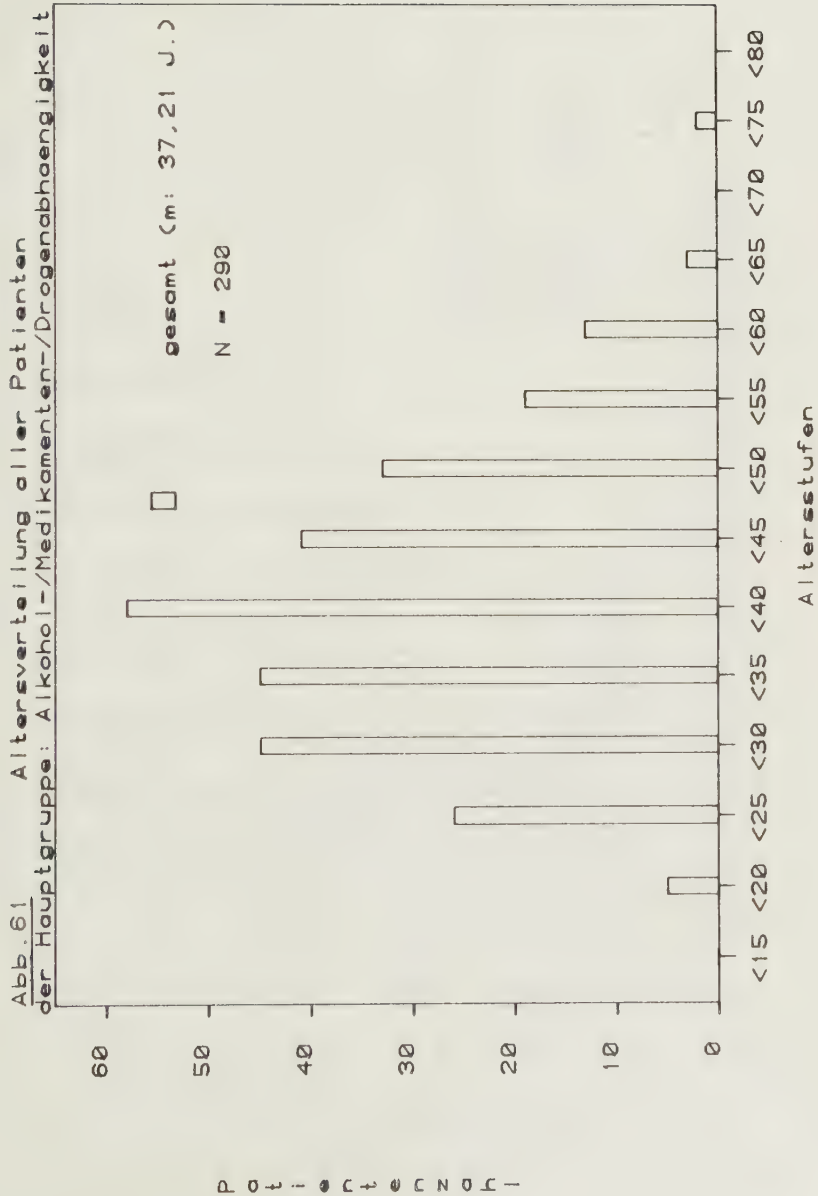


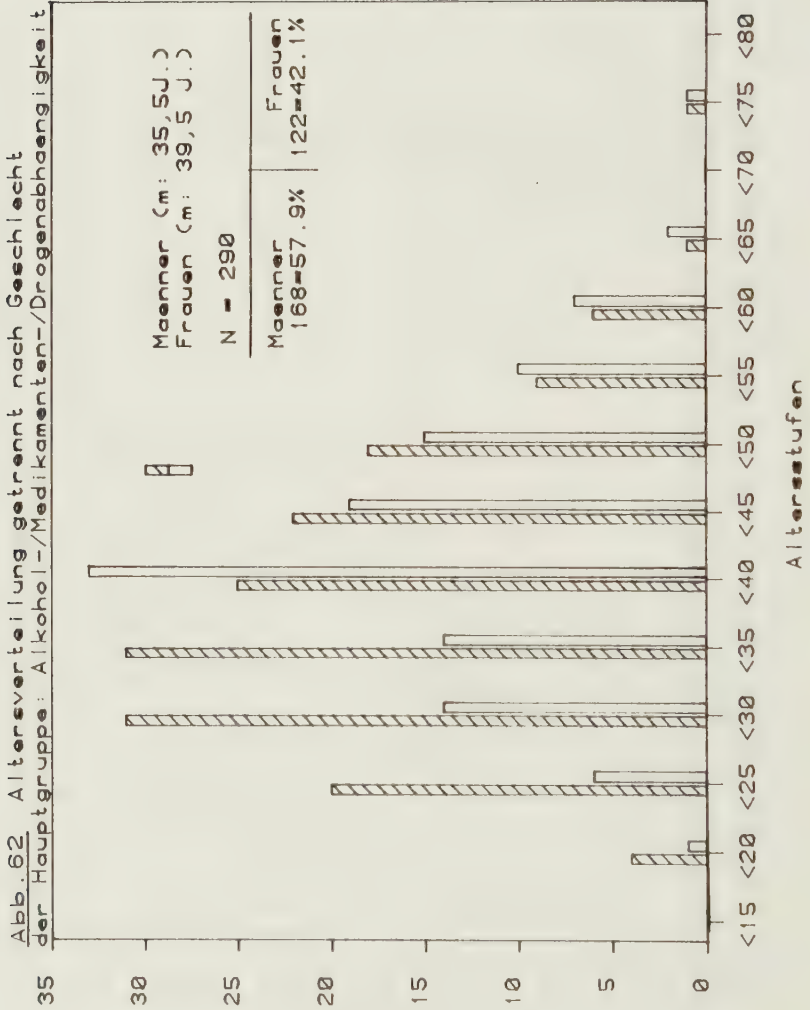
Abb. 58 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht
der Hauptgruppe: Psychogene Reaktionen

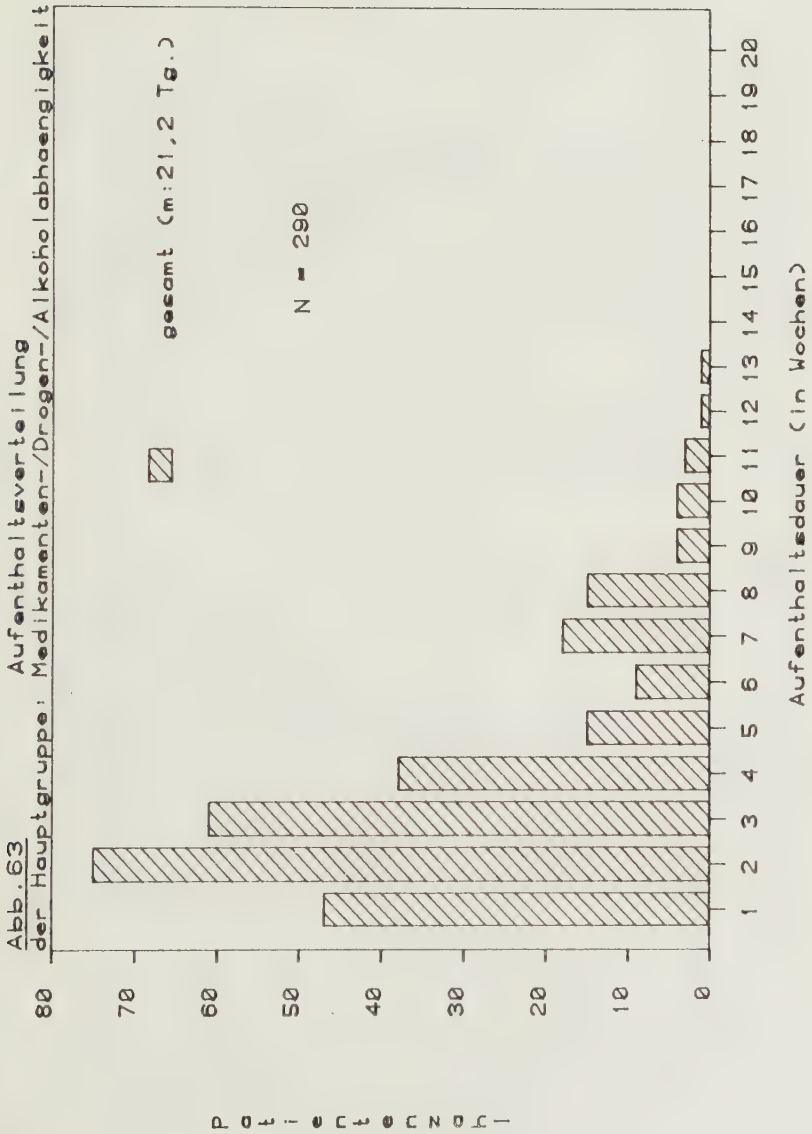


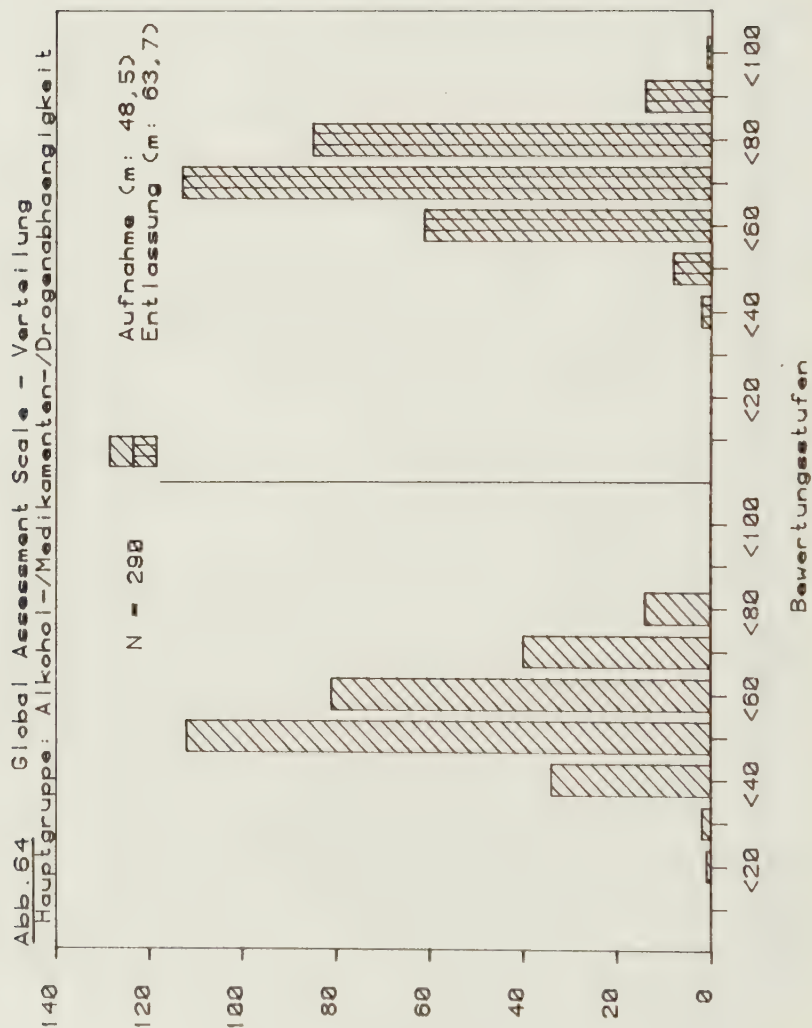












8.4 Global Assessment Scale (GAS)

Skala (1 - 100) zur Einschätzung der psychosozialen Leistungsfähigkeit (PSB) eines Patienten
(vgl. Spitzer, R. L. et al. 1976)

100 ↓ 91	Der Patient hat keinerlei Symptome; er zeigt eine hervorragende Leistungsfähigkeit; die Lebensprobleme scheinen ihm nie aus der Hand zu gleiten; andere Menschen werden von der Wärme und Ausgeglichenheit seiner Persönlichkeit angezogen.
90 ↓ 81	Nur vorübergehende Symptome; gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten; interessiert sich vielseitig; entwickelt viele Aktivitäten; gute soziale Anpassung; die Bewältigung der Alltags-sorgen bereitet nur gelegentlich Schwierigkeiten.
80 ↓ 71	Sehr leichte Symptome können vorhanden sein, aber es besteht nur eine geringe Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit; die Bewältigung der Alltagssorgen und der Probleme bereitet manchmal Schwierigkeiten.
70 ↓ 61	Einige leichte Symptome sind vorhanden (z.B. depressive Stimmung, leichte Schlaflosigkeit); oder es gibt Schwierigkeiten in verschiedenen Lebensbereichen, aber im allgemeinen ist jedoch die Leistungsfähigkeit recht gut; einige bedeutsame zwischenmenschliche Beziehungen werden aufrechterhalten und die meisten Laien würden den Patienten nicht für "krank" ansehen.
60 ↓ 51	Mäßig ausgeprägte Symptome sind vorhanden, es besteht eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit (z.B. wenig Freunde, mäßige Gefühlsverarmung, depressive Verstimmung, krankhafte Selbstunsicherheit, euphorische Stimmung, Rededrang, mäßig ausgeprägtes antisoziales Verhalten).

Fortsetzung: Global Assessment Scale (G A S)

- 50
↓
41
Ernsthaftes Symptomen oder ernsthaftes Leistungseinbußen, so daß die meisten Kliniker von der Notwendigkeit einer Behandlung oder Überwachung überzeugt sind (z.B. Suizidgedanken oder Suizidzeichen, schwere Zwangsrituale, häufige Angstfälle, schweres antisoziales Verhalten, unkontrolliertes Trinken).
- 40
↓
31
Schwere Beeinträchtigung auf verschiedenen Gebieten, so Urteilsvermögen, das Denken oder die Stimmung angeht (z.B. eine depressive Frau meidet die Freunde, vernachlässigt die Familie, ist nicht mehr in der Lage, den Haushalt zu bewältigen); oder es besteht eine gestörte Realitätseinschätzung oder ein gestörtes Kommunikationsverhalten (die Sprachäußerungen sind manchmal unverständlich, unlogisch oder irrelevant); oder ein ernsthafter Suizidversuch ist vorgekommen.
- 30
↓
21
Leistungsunfähigkeit in fast allen Gebieten (z.B. bleibt täglich im Bett); oder das Verhalten ist erheblich beeinflusst durch Wahnvorstellungen und Halluzinationen; oder schwere Beeinträchtigung der Kommunikation (z.B. manchmal im Denken inkohärent oder nicht ansprechbar) oder des Urteilsvermögens (z.B. grob auffällige unangemessene Handlungen).
- 20
↓
11
Benötigt irgend eine Art der Überwachung, um nicht sich selbst und andere zu verletzen, oder um eine minimale persönliche Hygiene aufrecht zu erhalten (z.B. wiederholte Suizidversuche sind vorgekommen; wird häufig gewalttätig; eine manische Erregung ist vorhanden; verschmiert die Faeces); oder massive Beeinträchtigung der Kommunikationsfähigkeit (durchgehend inkohärent oder mutistisch).
- 10
↓
1
Braucht ständig Überwachung für mehrere Tage, um sich oder andere nicht zu verletzen; oder macht keine Anstalten, eine minimale persönliche Hygiene aufrecht zu erhalten (z.B. eine intensive Pflege und eine besondere Überwachung durch das therapeutische Personal ist erforderlich).

9. Literaturverzeichnis

- 1) Angst, J. R., R. Battegay, D. Bente, P. Berner, W. Broeren, F. Cornu, P. Dick, M. P. Engelmeier, H. Heimann, H. Helmchen, H. Hippius, W. Poldinger, P. Schmidlein, W. Schmitt, P. Weis: Das Dokumentationssystem der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie. Arzneimittel-Forsch. (Drug.-Res.), 19, S. 399-405 (1969)

- 2) Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie; Das AMDP-System: Manual zur Dokumentation psychischer Befunde. 3. Auflage, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1979

- 3) Baumann, U., B. Woggon: Interrater Reliabilität bei Diagnosen, AMP-Syndromen und AMP-Symptomen. Arch. psych. Nervenkrh., 227, S. 3-15 (1979)

- 4) Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. Springer Verlag, Berlin 1916, (Neuausgabe als 12. Auflage mit einer Einleitung von M. Bleuler, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1972)

- 5) Bleuler, E.: Das undiszipliniert - autistische Denken in der Medizin und seine Überwindung. Springer Verlag, Berlin 1921 (Neuausgabe als 5. Auflage mit einer Einleitung von M. Bleuler, Springer Verlag, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1962)

- 6) Busch, H., H. Helmchen: Dokumentation psychiatrischer Therapie. Nervenarzt, 44, S. 399-405 (1973)

- 7) Degkwitz, R., H. Helmchen, G. Kockott, W. Mombour (Hrsg.): Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. 3. Auflage, korrigiert nach der 8. Revision der ICD der WHO, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1973

- 8) Degkwitz, R., H. Helmchen, G. Kockott, W. Mombour (Hrsg.):
Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten.
5. Auflage korrigiert nach der 9. Revision der ICD der WHO,
Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1980
- 9) Ditz, E.: Psychopathologische Symptomatik der organischen
Psychosen, Neurosen Persönlichkeitsstörungen, Suchtkrankheiten
und Oligophrenien. Med. Diss., München 1983
- 10) Freemann, C. D.: Neurotic disorders. In: Kendell, R. E.,
A. K. Zeally: Companion to Psychiatric Studies. 3. Auflage,
Verlag Churchill - Livingstone, Edinburgh-London-Melbourn-
New York 1983, S. 330-355
- 11) Heimann, H.: Psychopathologie. In: Kisker, P. K., J. E. Meyer,
C. Müller, E. Strömberg (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart.
2. Auflage, I/1, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York
1979, S. 2-42
- 12) Hippius, H.: Psychiatrie. In: Hippius, H., H. Franke: Psychia-
trie/Geriatrie. Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York
1979, S. 67-138
- 13) Köhler, H., H. Saß (Hrsg.): Diagnostisches und Statistisches
Manual Psychischer Störungen - DSM-III (Übersetzt nach der
3. Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental
Disorders der American Psychiatric Association). Beltz Verlag,
Weinheim-Basel 1984
- 14) Kraepelin, E., J. Lange: Psychiatrie. 9. Auflage, Leipzig 1927
- 15) Mombour, W.: Symptommhäufigkeiten bei psychiatrischen Erkrank-
ungen. Arch. psych. Nervenkrkh., 219, S. 133-150 (1974)
- 16) Schmitt, W.: Psychopathologie - Dokumentation - Statistik. In:
Kranz, H.: Psychopathologie heute. Thieme Verlag 1962,
S. 38-45

- 17) Spitzer, R. L., J. Endicott, J. L. Fleiss, J. Cohen: The Global Assessment Scale. Arch. Gen. Psychiatry, 33, S. 766-771 (1976)

Lebenslauf

Ich, Hubert Schöppl, wurde am 26.3.1959 in Amberg/Opf. als Sohn des August Schöppl, Finanzbeamter, und der Irmgard Schöppl, Hausfrau, geboren. Im Alter von 6 Jahren wurde ich in der Grundschule Amberg eingeschult und wechselte 1969 in das Gregor-Mendel-Gymnasium Amberg über, wo ich 1978 die allgemeine Hochschulreife erlangte.

Im Wintersemester desselben Jahres erhielt ich die Zulassung zum Studium der Humanmedizin. Den vorklinischen Abschnitt absolvierte ich, mit Bestehen des Physikums, an der Universität Regensburg. Im Jahr 1980 begann meine klinische Ausbildung an der Technischen Universität München (Klinikum Rechts der Isar), die ich im November 1984 mit Erhalt der Approbation als Arzt abschloß.

Anfang 1982 erhielt ich von Herrn Professor Dr. Hippus das Thema zu der vorliegenden Dissertation, an deren Anfertigung ich bis März 1985 arbeitete.

Zum 16.4.1985 trete ich eine Assistenzarztstelle in der kardiologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses Weiden an.

Hubert Schöppl

März 1985

